

LAPORAN TUGAS AKHIR

ASUHAN KEBIDANAN PADA NY. Y. O. L DENGAN PREEKLAMPSIA BERAT

DI RUANG EDELWEIS RSUD PROF. DR. W. Z. JOHANNES KUPANG

TANGGAL 09 S/D 15 JANUARI 2016



OLEH :

ALFONSA DONATA WONA DHEMA

NIM 132111002

PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEBIDANAN

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN

CITRA HUSADA MANDIRI

KUPANG

2016

LAPORAN TUGAS AKHIR

ASUHAN KEBIDANAN PADA NY. Y. O. L DENGAN PREEKLAMPSIA BERAT

DI RUANG EDELWEIS RSUD PROF. DR. W. Z. JOHANNES KUPANG

TANGGAL 09 S/D 15 JANUARI 2016

Diajukan Untuk Memenuhi Salah satu

Persyaratan Memperoleh Gelar Ahli Madya Kebidanan (Amd. Keb)



OLEH :

ALFONSA DONATA WONA DHEMA

NIM 132111002

PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEBIDANAN

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN

CITRA HUSADA MANDIRI

KUPANG

2016

SURAT PERNYATAAN

Saya menyatakan bahwa Laporan Tugas Akhir adalah karya saya sendiri dan belum pernah dikumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di perguruan tinggi manapun.

Kupang, Januari 2017

Yang menyatakan



Alfonsa Donata Wona Dhema

132111002


LEMBAR PERSETUJUAN PEMBIMBING

Laporan tugas akhir ini dengan judul "Asuhan kebidanan pada Ny. Y. O. L dengan Preeklamsia Berat di Ruang Edelweis RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang Tanggal 09 s/d 15 Januari 2016" Telah disetujui dan diajukan dalam seminar Laporan tugas akhir Mahasiswa atas nama: Alfonsa Donata Wona Dhema, NIM: 132111002 Program studi DIII kebidanan STIKes Citra Husada Mandiri Kupang.

Kupang, Januari 2017

Menyetujui,

Pembimbing I


Appolonaris T. Berkanis, S.Kep., Ns., MH.Kes

Pembimbing II


Yohana F. L. Ladjar, SST

Mengetahui

Ketua

STIKes CHM Kupang


drg. Jeffrey Jap, M.Kes

Ketua

Prodi DIII Kebidanan


Ummu Zakiah, SST., M.Keb

LEMBAR PENGESAHAN TIM PENGUJI

Laporan tugas akhir inidengan judul "Asuhan kebidanan pada Ny. Y. O. L dengan Preeklamsia Berat di Ruang Edelweis RSUD Prof. Dr. W.Z.Johannes Kupang Tanggal 09 S/D 15 Januari 2016 "telah disetujui dan diajukan dalam seminar Laporan tugas akhir Mahasiswa atas nama: Alfonsa Donata Wona Dhema, Nim 132111002 Program Studi DIII Kebidanan STIKes Citra Husada Mandiri Kupang. Benar-benar diuji dan dipertahankan di depan tim penguji ujian Laporan tugas akhir pada tanggal, Januari 2017

Tim Penguji

Ketua : Merry Aplonia Giri, S.Keb,Bd

Anggota: Appolonaris T. Berkanis, S.Kep., Ns., MH.Kes

Yohana F. L. Ladjar, SST

Mengetahui,

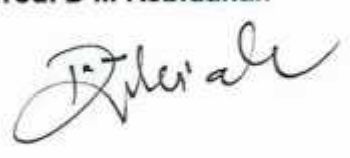
Ketua

STIKes CHM Kupang


drg. Jeffrey Jap, M.Kes

Ketua

Prodi D III Kebidanan


Ummu Zakiah, SST., M. Ke

BIODATA PENULIS

Nama : Alfonsa Donata Wona Dhema

Tempat dan tanggal lahir : Raja, 19 September 1993

Agama : Katolik

Alamat : Jl. Manafe No. 17 Kayuputih Oebufu Kupang

Riwayat Pendidikan :

1. SDI Hobopadu – Nagekeo (1999 – 2006)
2. SMPN 1 Raja – Nagekeo (2006 – 2009)
3. SMAK ST. Clemens Boawae – Nagekeo (2009 – 2012)
4. Sedang menyelesaikan pendidikan Diploma III Kebidanan di Stikes Citra Husada Mandiri Kupang (2013 – Sekarang)

MOTTO



PERSEMBAHAN

LAPORAN TUGAS AKHIR INI SAYA PERSEMBAHKAN KEPADA KEDUA ORANGTUA TERCINTA BAPAK STEFANUS ATU WONA & MAMA MARIA GORETI DHEMA, OPA, OMA (ALM), KAKAK NANCY, KAKAK THYN, DONY, JOICE, PUTRY, NATHASYA, ARNUS, KELUARGA BESAR, SAHABAT-SAHABAT (REKA GIDHA, TATY RM, NINA MW, ERLIN TIGA, IN LAGA) SERTA TEMAN SEPERJUANGAN KHUSUS KEBIDANAN A DAN ALMAMATERKU TERCINTA STIKES CHM-KUPANG.

ABSTRAK

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan
Citra Husada Mandiri Kupang
Jurusan Kebidanan Kupang
Studi Kasus, Januari 2017

ALFONSA DONATA WONA DHEMA

NIM: 132111002

**ASUHAN KEBIDANAN PADA NY. Y. O. L DENGAN PREEKLAMPSIA BERAT
DIRUANG EDELWEIS RSUD Prof. DR. W. Z. JOHANNES KUPANG
TANGGAL 09 S/D 15 JANUARI 2016**

Latar Belakang : Penyebab langsung kematian ibu adalah perdarahan (28 %), eklamsia (24 %), dan infeksi (11 %). Salah satu upaya penanganan yang dilakukan yaitu deteksi dini, yang dapat dilakukan melalui pelayanan dan Asuhan Antenatal Care (ANC) yang berkualitas yang merupakan cara untuk memonitoring dan mendukung kesehatan ibu hamil normal dan mendeteksi ibu dengan kehamilan normal agar tidak menjadi abnormal dengan pemeriksaan protein urine secara rutin, pemeriksaan tekanan darah, pemantauan berat badan.

Tujuan: Tujuan pemberian asuhan kebidanan pada ibu bersalin dengan preeklamsia berat yaitu untuk meningkatkan pengetahuan mahasiswa tentang asuhan kebidanan pada multigravida dengan manajemen kebidanan varney, menganalisis proses persalinan yang patologis.

Metedologi Penelitian:Jenis penelitian kualitatif, dan teknik sampel dengan menggunakan pourpusife sampling. Populasi pada penelitian ini adalah semua ibu inpartu yang sedang dirawat diruang Edelweis RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang dan sampel pada penelitian ini adalah satu ibu inpartu dengan preeklampsia berat diruang Edelweis RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.

Pembahasan : Pemeriksaan dilakukan pada Ny. Y.O.L dengan hasil yang didapatkan yaitu TD:170/100 mmHg, N: 82 x/menit, RR: 20 x/menit, belum keluar air-air, belum ada nyeri pinggang yang menjalar keperut perut bagian bawah, protein urin negatif. Penanganan pada ibu dengan preeklampsia berat adalah terpasang RL drip MgSO₄ 40% 6 gram, terpasang dower kateter dan diobservasi. Setelah dievaluasi keadaan ibu baik, tidak terjadi hal-hal yang menjadi komplikasi dari tindakan tersebut sehingga tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek.

Simpulan : Persalinan patologis adalah persalinan yang terjadi dengan disertai beberapa komplikasi seperti preeklamsia berat. Masalah yang telah terselesaikan dengan menggunakan metode 7 langkah varney ada kesesuaian antara teori dan kasus. Salah satu upaya penanganan yang dilakukan yaitu dengan deteksi dini, yang dapat dilakukan melalui pelayanan dan Asuhan Antenatal Care (ANC) yang merupakan cara untuk memonitoring dan mendukung kesehatan ibu hamil normal dan mendeteksi ibu dengan kehamilan normal agar tidak menjadi abnormal dengan pemeriksaan protein urine secara rutin, pemeriksaan tekanan darah, pemantauan berat badan.

Kata Kunci: Preeklamsia Berat.

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kami panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas berkat dan rahmat-NYA sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini dengan judul **“Asuhan kebidanan pada Ny. Y.O. L. Dengan Preeklamsia Berat di Ruang Edelweis RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang Tanggal 09 s/d 17 Januari 2016”** dapat diselesaikan tepat pada waktunya. Laporan Tugas Akhir ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ahli Madya Kebidanan (Amd. Keb) di STIKes Citra Husada Mandiri Kupang.

Dalam penulisan studi kasus ini, penulis mendapat dukungan dari berbagai pihak, untuk itu dengan segala kerendahan hati penulis menyampaikan ucapan terimakasih kepada Appolonaris T. Berkanis, S. Kep.,Ns.,MH. Kes selaku pembimbing I, Yohana F. L. Ladjar, SST selaku pembimbing II dan Merry Aplonia Giri, S. Keb, Bd selaku ketua penguji yang telah bersedia membimbing dan mendampingi saya dalam melaksanakan dan menyelesaikan Laporan Tugas Akhir.

Bersama ini, perkenankanlah penulis mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Ir. Abraham Paul Liyanto selaku Pembina Yayasan Citra Bina Insan Mandiri Kupang.
2. drg. Jeffrey Jap, M.Kes selaku Ketua STIKes Citra Husada Mandiri Kupang.

3. Ummu Zakiah, SST., M.Keb selaku Ketua Program Studi DIII Kebidanan, yang telah mengizinkan penulis menyelesaikan Laporan Tugas Akhir.
4. Para dosen Program Studi DIII Kebidanan yang telah banyak memberikan bimbingan kepada penulis dalam mengikuti pendidikan.
5. drg. Dominikus Minggu, M.Kes, selaku direktur RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.
6. Leni L. Toelee, SST selaku kepala ruangan Edelweis RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang yang telah mengizinkan penulis untuk mengambil kasus diruangan tersebut.
7. Ny. Y.O.L dan keluarga atas kesediaan selaku responden atas pengambilan Studi Kasus.
8. Kedua orang tua tercinta bapak Stefanus Atu Wona dan mama Maria Goreti Dhema yang telah memberikan dukungan, motivasi dan moril serta doa selama penulis menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini.
9. Opa, Oma (Alm), kakak Nancy, kakak Thyn, Dony, Arnuss, Joice, Putry, Nathasya yang selalu memberikan dukungan buat penulis dengan cara mereka masing-masing sehingga penulis bisa menyelesaikan Laporan Tugas Akhir.
10. Sahabat-sahabatku Ein, Eka, Taty, Nina, Laga Owa, Selvi serta anak kos kakak Nas, Ika, Innah, Suwadi yang selalu memberikan dukungan dengan cara mereka masing-masing.

11. Teman-teman seperjuangan Prodi DIII Kebidanan angkatan VI khususnya kelas A dan berbagai pihak yang telah memberikan dukungan baik motivasi maupun moril kepada penulis dalam penyelesaian Studi Kasus ini.

Semoga Tuhan membalas budi baik semua pihak yang telah memberi kesempatan dan dukungan dalam menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini. Penulis menyadari bahwa Laporan Tugas Akhir ini bermanfaat bagi pembaca dan bagi Keperawatan/Kebidanan.

Kupang, Januari 2017

Alfonsa Donata Wona Dhema

DAFTAR ISI

Halaman Sampul Luar	i
Halaman Sampul Dalam	ii
Surat Pernyataan	iii
Lembar Persetujuan Pembimbing.....	iv
Lembar Pengesahan Tim Penguji.....	v
Daftar Riwayat Hidup	vi
Lembar Motto dan Persembahan.....	vii
Abstrak.....	viii
Kata Pengantar	ix
Daftar Isi	xii
Daftar Gambar	xiv
Daftar Singkatan	xv
Daftar Lampiran	xviii
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Rumusan Masalah.....	3
1.3. Tujuan	4
1.4. Manfaat Penelitian.....	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	7
2.1. Konsep Preeklamsia.....	7
2.2. Konsep Persalinan	27
2.3. Konsep Induksi.....	42
2.4. Konsep Manajemen Kebidanan pada Preeklamsia Berat	46

BAB III METODOLOGI PENELITIAN	54
3.1. Desain Penelitian Dan Rancangan Penelitian	54
3.2. Kerangka Kerja	55
3.3. Pengumpulan Data Dan Analisa Data	55
3.4. Etika Penelitian	57
BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	58
4.1. Hasil Penelitian	58
4.2. Pembahasan	85
BAB V PENUTUP	89
5.1. Kesimpulan	89
5.2. Saran	90
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR GAMBAR

Nomor	Judul	Halaman
	Gambar 3.2 Kerangka Kerja	48

DAFTAR SINGKATAN

ANC	: Antenatal Care
BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
BB	: Berat Badan
C	: Celcius
CM	: Centi Meter
D 5 %	: Dectrosa 5 %
DJJ	: Denyut Jantung Janin
dL	: Desi liter
DS	: Data Subjektif
DO	: Data Objektif
G P A AH	: Gravida Partus Abortus Anak Hidup
gr	: Gram
HB	: Hemoglobin
HELLP syndrome	: Hemolisis dan peningkatan fungsing hepar, trombositopenia
HPHT	: Hari Pertama Haid Terakhir
IM	: Intra Muskular
IUGR	: Intrauterin Growt Retardation
KALK	: Kalsium Laktat
KB	: Keluarga Berencana
KET	: Keterangan

KG	: Kilo gram
KIE	: Komnikasi Informasi Edukasi
KK	: Kantong Ketuban
KU	: Keadaan Umum
LILA	: Lingkar Lengan Atas
LD	: Lingkar Dada
LH	: Lahir Hidup
LK	: Lingkar Kepala
LM	: Lahir Mati
LP	: Lingkar Perut
M	: Mati
MgSo4	: Magnesium Sulfat
NST	: Non Stress Test
IV	: Intra Vena
NTT	: Nusa Tenggara Timur
O	: Objektif
OUE	: Ostium Uteri Eksternum
PAP	: Pintu Atas Panggul
PB	: Panjang Badan
PEB	: Preeklamsia Berat
Ph	: Pangkat Hidrogen
PPV	: Pegeluaran Pervaginam
RAAS	: Reninangiotensin-aldosteron system
RDS	: Respiratory Distress Syndrome

RL	: Ringel Laktat
RSU	: Rumah Sakit Umum
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
S	: Subjektif
SC	: Seksio Cesarea
SF	: Sulfat Ferosus
TBBA	: Tafsiras Berat Badan Anak
TFU	: Tinggi Fundus Uteri
TH	: Turun Hodge
TP	: Tafsiran Persalinan
TT	: Tetanus Toksoid
TTV	: Tanda-tanda Vital
USG	: Ultrasonografi
VT	: Vaginal Touch
UK	: Usia Kehamilan
WITA	: Waktu Indonesia Tengah

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Asuhan Kebidanan
- Lampiran 2 : Partograf
- Lampiran 3 : Lembar Permintaan Menjadi Responden
- Lampiran 4 : Lembar Persetujuan Menjadi Responden
- Lampiran 5 : Surat Pengantar Pengambilan Data dan Studi Kasus
- Lampiran 6 : Surat Keterangan Selesai Studi Kasus
- Lampiran 7 : Lembar Konsultasi

BAB I

PENDAHULUAN

1.1.LATAR BELAKANG

Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin (Prawirohardjo, 2009). Salah satu persalinan patologis yang bisa terjadi pada ibu bersalin adalah persalinan dengan preeklamsia berat. Preeklamsia berat adalah suatu komplikasi kehamilan yang ditandai dengan timbulnya hipertensi 160/110 mmHg atau lebih disertai proteinuria dan oedema pada kehamilan 20 minggu atau lebih (Yeyen & Yuliantin, 2010).

Depkes RI tahun 2010 penyebab langsung kematian maternal di Indonesia terkait kehamilan dan persalinan terutama yaitu perdarahan 28%, eklamsia 24%, infeksi 11%, partus lama 5% dan abortus 5 %. Berdasarkan data di Nusa Tenggara Timur (NTT) tahun 2013 penyebab langsung kematian ibu adalah perdarahan (28%), eklamsia (24%), dan infeksi (11%). Berdasarkan data rekam medik RSUD Prof.Dr.W.Z Johannes Kupang, jumlah persalinan tahun 2015 adalah 2048 orang, jumlah ibu bersalin dengan preeklamsia berat adalah 155 orang. Jumlah persalinan preeklamsia berat yang diakhiri dengan sectio cesarea adalah 111 orang, yang diakhiri dengan forsep

420 orang, yang diakhiri dengan vakum ekstraksi 537 orang, yang diakhiri dengan bantuan induksi termasuk penyakit lain didalamnya adalah 408 orang.

Pada beberapa wanita hamil terjadi peningkatan sensitivitas vaskuler terhadap angiotensin II. Peningkatan ini menyebabkan hipertensi dan kerusakan vaskuler, akibatnya terjadi vasospasme. Vasospasme menurunkan diameter pembuluh darah kesemua organ, fungsi-fungsi organ seperti plasenta, ginjal, hati dan otak menurun 40-60%. Gangguan plasenta menimbulkan degenerasi pada plasenta dan kemungkinan terjadi IUGR dan IUFD pada fetus. Aktivitas uterus dan sensitivitas terhadap oksitosin meningkat. Penurunan perfusi ginjal menurunkan GFR dan menimbulkan perubahan glomerulus protein keluar melalui urin, asam urat menurun, garam dan air ditahan, tekanan osmotik plasma menurun, cairan keluar dari intravaskuler menyebabkan hemokonsentrasi, peningkatan viskositas darah dan oedema jaringan berat dan peningkatan hematokrit. Pada preeklampsia berat terjadi peningkatan volume darah, oedema berat, dan berat badan naik dengan cepat. Penurunan perfusi hati menimbulkan gangguan fungsi hati, oedema hepar dan hemoragi subkapsular menyebabkan ibu hamil mengalami epigastrium atau nyeri pada kuadran atas. Ruptur hepar jarang terjadi, tetapi merupakan komplikasi yang hebat dari PIH, enzim-enzim hati seperti SGOT dan SGPT meningkat. Vasospasme arteriola dan penurunan aliran darah retina menimbulkan symptom visual seperti skotoma

(Blind spot) dan penglihatan kabur. Patologi yang sama menimbulkan oedema serebral dan hemoragik serta peningkatan iritabilitas susunan saraf pusat (sakit kepala, hiperfleksia, klonus pergelangan kaki dan kejang serta perubahan efek). Pulmonari oedema dihubungkan dengan oedema umum yang berat, komplikasi ini biasanya disebabkan oleh dekompensasi kordiskiri (Maryunani,2009).

Salah satu upaya penanganan yang dilakukan yaitu dengan deteksi dini, yang dapat dilakukan melalui pelayanan dan Asuhan Antenatal Care (ANC) yang merupakan cara untuk memonitoring dan mendukung kesehatan ibu hamil normal dan mendeteksi ibu dengan kehamilan normal agar tidak menjadi abnormal dengan pemeriksaan protein urine secara rutin, pemeriksaan tekanan darah, pemantauan berat badan. Berdasarkan data yang diperoleh peneliti tertarik untuk melakukan studi kasus dengan judul **“Asuhan Kebidanan pada Ny. Y.O.L dengan Preeklamsia Berat di Ruang Edelweis RSUD. PROF. DR. W.Z. JOHANNES KUPANG”**

1.2. RUMUSAN MASALAH

Rumusan masalah pada penulisan ini yaitu “Bagaimana penerapan asuhan kebidanan pada Ny. Y.O.L dengan preeklamsia berat di ruang Edelweis RSUD Prof. Dr. W. Z. Johanes Kupang?”

1.3. TUJUAN PENULISAN

1.3.1. Tujuan Umum

Peneliti dapat menerapkan asuhan kebidanan pada Ny. Y.O.L secara konferensif pada ibu dengan preeklampsia berat dengan menggunakan pendekatan manajemen varney sehingga dapat memperluas, memperbanyak pengetahuan dan keterampilan mengenai asuhan kebidanan pada pasien dengan kegawatdaruratan obstetrik di RSUD Prof. Dr. W.Z.Johannes Kupang.

1.3.2. Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi pengkajian pada kasus ibu hamil dengan preeklampsia berat diruang bersalin RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.
2. Mengidentifikasi diagnosa dan masalah kasus ibu hamil dengan preklampsia berat diruang bersalin RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.
3. Mengantisipasi masalah potensial kasus ibu hamil dengan preklampsia berat diruang bersalin RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.
4. Mengidentifikasi tindakan segera pada kasus ibu hamil dengan preklampsia berat diruang bersalin RSUD Prof. Dr. W.Z.Johannes Kupang.

5. Merencanakan asuhan kebidanan pada kasus ibu hamil dengan preklampsia berat diruang bersalin RSUD Prof. Dr. W.Z.Johannes Kupang.
6. Melaksanakan asuhan kebidanan pada kasus ibu hamil dengan preklampsia berat diruang bersalin RSUD Prof. Dr. W.Z.Johannes Kupang.
7. Mengevaluasi asuhan kebidanan dari kasus ibu hamil dengan preklampsia berat diruang bersalin RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.

1.4.MANFAAT PENELITIAN

1. Bagi Peneliti

Mampu mengaplikasikan ilmu pengetahuan dan pengalaman yang nyata tentang asuhan kebidanan pada kasus ibu hamil dengan preeklampsia berat.

2. Bagi Profesi

Dapat memberikan tambahan ilmu pengetahuan dan sebagai bahan pertimbangan dalam pembelajaran asuhan kebidanan serta meningkatkan keterampilan dalam memberikan dan melaksanakan asuhan kebidanan pada kasus ibu hamil dengan preeklampsia berat.

3. Bagi Rumah Sakit

Dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan dan studi banding dalam melaksanakan asuhan kebidanan pada kasus ibu hamil dengan preeklampsia berat.

4. Bagi Institusi Pendidikan

Dapat dijadikan sebagai referensi untuk memberikan pendidikan mata kuliah kegawatdaruratan maternal tentang asuhan kebidanan pada kasus ibu hamil dengan preeklampsia berat.

2.1. KONSEP PREEKLAMPSIA**2.1.1. Pengertian**

Preeklampsia adalah penyakit dengan tanda-tanda hipertensi, oedema dan proteinuria yang timbul karena kehamilan. Penyakit ini umumnya terjadi dalam triwulan ketiga kehamilan, tetapi dapat terjadi sebelumnya, misalnya pada mola hidatidosa (Prawirohardjo, 2009).

Preeklampsia adalah kumpulan gejala yang timbul pada ibu hamil, bersalin dan dalam masa nifas yang terdiri dari trias yaitu hipertensi, proteinuria dan oedema yang kadang-kadang disertai konvulsi sampai koma, ibu tersebut tidak menunjukkan tanda-tanda kelainan vascula atau hipertensi sebelumnya (Yeyen dan Yulianti, 2010).

Preeklampsia berat adalah suatu komplikasi kehamilan yang ditandai dengan timbulnya hipertensi 160/110 mmHg atau lebih disertai proteinuria dan oedema pada kehamilan 20 minggu atau lebih (Yeyen dan Yulianti, 2010).

Selain perdarahan dan infeksi, preeklampsia dan eklampsia merupakan penyebab kematian ibu dan perinatal yang tinggi terutama di negara berkembang. Kematian karena eklampsia meningkat dengan tajam dibandingkan pada tingkat

preeklampsia berat. Oleh karena itu, menegakan diagnosis dini pada preeklampsia dan mencegah agar jangan berlanjut menjadi eklamsia merupakan tujuan pengobatan (Manuabaddkk, 2010).

Pada pemeriksaan darah kehamilan normal terdapat peningkatan angiotensin, renin dan aldosteron, sebagai kompensasi sehingga peredaran darah dan metabolisme dapat berlangsung. Pada preeklampsia dan eklamsia terjadi penurunan angiotensin, renin dan aldosteron, tetapi dijumpai oedema, hipertensi, dan proteinuria (Prawirohardjo, 2009).

Menurut Prawirohardjo (2009), pada umumnya indikasi untuk merawat penderita preeklampsia di rumah sakit ialah:

1. Tekanan darah sistolik 140 mmHg atau lebih dari tekanan darah diastolik 90 mmHg atau lebih.
2. Proteinuria 1 + atau lebih.
3. Kenaikan berat badan 1,5 kg atau lebih dalam seminggu yang berulang.
4. Penambahan oedema berlebihan secara tiba-tiba

2.1.2. Etiologi

Penyebab preeklampsia sampai sekarang belum diketahui. Tetapi ada teori yang dapat menjelaskan tentang penyebab eklamsia yaitu bertambahnya frekuensi pada primigraviditas, kehamilan ganda, hidramnion dan molahidatidosa, bertambahnya frekuensi yang makin tuanya

kehamilan, dapat terjadi perbaikan keadaan penderita dengan kematian janin dalam uterus, timbulnya hipertensi, oedema, proteinuria, kejang dan koma (Prawirohardjo, 2009).

Menurut Prawirohardjo (2009), Kejadian preeklampsia dan eklampsia bervariasi disetiap negara bahkan pada setiap daerah. Dijumpai berbagai faktor yang mempengaruhi diantaranya:

1. Jumlah primigravida, terutama primigravida muda
2. Distensi rahim berlebihan: hidramnion, hamil ganda, molahidatidosa
3. Penyakit yang menyertai hamil: diabetes melitus, kegemukan
4. Jumlah umur ibu diatas 35 tahun
5. Preeklampsia berkisar antara 3% sampai 5% dari kehamilan yang dirawat

2.1.3. Patofisiologi Preeklamsi

Perubahan pokok yang didapatkan pada preeklampsia adalah spasmus pembuluh darah disertai dengan retensi garam dan air. Dengan biopsi ginjal, Altchek menemukan spasmus yang hebat pada arteriola glomerulus. Pada beberapa kasus lumen arteriola demikian kecilnya, sehingga hanya dapat dilalui oleh satu sel darah merah. Bila dianggap bahwa spasmus arteriola juga ditemukan diseluruh tubuh, maka mudah dimengerti bahwa tekanan darah yang meningkat tampaknya merupakan usaha mengatasi kenaikan tahanan perifer, agar

oksigenisasi jaringan dapat dicukupi. Kenaikan berat badan dan oedema disebabkan penimbunan cairan yang berlebihan dalam ruangan interstitial belum diketahui sebabnya (Prawirohardjo, 2009).

Menurut Prawirohardjo, (2009) Perubahan patologis berbagai organ penting dijabarkan sebagai berikut:

1. Perubahan hati. Perdarahan yang tidak teratur, terjadi nekrosis, trombosis pada lobus hati.
2. Rasa nyeri diepigastrium karena perdarahan subkapsuler
3. Retina. Spasme arteriol, oedema sekitar diskus optikus, ablasio retina (lepasnya retina), menyebabkan penglihatan kabur.
4. Otak. Spasme pembuluh darah arteriol otak menyebabkan anemia jaringan otak, perdarahan dan nekrosis, menimbulkan nyeri kepala yang berat.
5. Paru-paru. Berbagai tingkat oedema, bronkopneumonia sampai abses, menimbulkan sesak napas sampai sianosis.
6. Jantung. Perubahan degenerasi lemak dan oedema, perdarahan subendokardial, menimbulkan dekompensasi kordis sampai berhentinya fungsi jantung.
7. Aliran darah ke plasenta. Spasme arteriol yang mendadak menyebabkan asfiksia berat sampai kematian janin. Spasme yang berlangsung lama, mengganggu pertumbuhan janin.

8. Perubahan ginjal. Spasme arteriol menyebabkan aliran darah keginjal menurun sehingga filtrasi glomerulus berkurang penyerapan air dan garam tubulus tetap, terjadi retensi air dan garam, oedema pada tungkai dan tangan, paru dan organ lain.
9. Perubahan pembuluh darah. Permeabilitasnya terhadap protein makin tinggi sehingga terjadi vasasi protein ke jaringan protein ekstrasvaskular menarik air dan garam menimbulkan oedema, hemokonsentrasi darah yang menyebabkan gangguan fungsi metabolisme tubuh dan trombosis.
10. Metabolisme air dan elektrolit. Hemokonsentrasi yang menyertai preeklampsia dan eklampsia tidak diketahui sebabnya. Terjadinya disini pergeseran cairan dari ruangan intravaskuler ke ruangan interstisial. Kejadian ini, yang diikuti oleh kenaikan hematokrit, peningkatan protein serum, dan sering bertambahnya oedema, menyebabkan volume darah berkurang, viskositet darah meningkat, waktu peredaran darah tepi lebih lama. Karena itu aliran darah ke jaringan diberbagai bagian tubuh berkurang, dengan akibat hipoksia. Dengan perbaikan keadaan, hemokonsentrasi berkurang, sehingga turunnya hematokrit dapat dipakai sebagai ukuran tentang perbaikan keadaan penyakit dan tentang berhasilnya pengobatan.

Pada eklamsia, kejang-kejang dapat menyebabkan kadar gula darah naik untuk sementara, asidum laktikum dan asam organik lain naik, dan bikarbonas natrikus, sehingga menyebabkan cadangan alkali turun. Setelah kejang zat organik dioksidasi, sehingga natrium dilepaskan untuk dapat bereaksi dengan asam karbonik menjadi bikarbonas natrikus (Prawirohardjo, 2009).

2.1.4. Tanda dan Gejala

Menurut Prawirohardjo, (2009) terdapat tanda dan gejala sebagai berikut:

1. Tekanan darah sistolik 160 mmHg
2. Tekanan darah diastolik 110 mmHg
3. Peningkatan kadar enzim hati atau ikterus
4. Trombosit < 100.000/ mm³
5. Oliguria < 400 ml/ 24 jam
6. Proteinuria > 3 gram/ liter
7. Nyeri epigastrium
8. Skotoma dan gangguan visus lain atau nyeri frontal yang berat
9. Perdarahan retina
10. Oedema pulmonum
11. Koma

2.1.5. Klasifikasi Preeklampsia

Menurut Prawirohardjo, (2009) Preeklampsia digolongkan kedalam preeklampsia ringan dan preeklampsia berat dengan gejala dan tanda sebagai berikut:

1. Preeklampsia Ringan

- a. Tekanan darah sistolik 140 atau kenaikan 30 mmHg dengan interval pemeriksaan 6 jam.
- b. Tekanan darah diastolik 90 atau kenaikan 15 mmHg dengan interval pemeriksaan 6 jam.
- c. Kenaikan berat badan 1 kg atau lebih dalam seminggu
- d. Proteinuria 0,3 gratau lebih dengan tingkat kualitatif plus 1 sampai 2 pada urin kateter atau urin aliran pertengahan.

2. Preeklampsia Berat

Bila salah satu diantara gejala atau tanda diketemukan pada ibu hamil sudah dapat digolongkan preeklampsia berat:

- a. Tekanan darah 160/110 mmHg
- b. Oligouria, urin kurang dari 400 cc/24 jam
- c. Proteinuria lebih dari 3 grm/ liter
- d. Keluhan subjektif:
 - a) Nyeri epigastrium
 - b) Gangguan penglihatan
 - c) Nyeri kepala
 - d) Oedema paru dan sianosis

- e) Gangguan kesadaran
- e. Pemeriksaan
 - a) Kadar enzim hati meningkat disertai ikterus
 - b) Perdarahan pada retina
 - c) Trombosit kurang dari 100.000/ mm

2.1.6. Penatalaksanaan

Menurut Nugroho, (2010) di tinjau dari umur kehamilan dan perkembangan gejala- gejala preeklamsia berat selama perawatan maka perawatan di bagi menjadi :

- a. Perawatan aktif yaitu kehamilan segera diakhiri atau determinasi ditambah pengobatan medisinal.
- b. Perawatan konservatif yaitu kehamilan tetap di pertahankan di tambah pengobatan medisial.

1. Perawatan Aktif

Sedapat mungkin sebelum perawatan aktif pada setiap penderita dilakukan pemeriksaan fetal assesment (NST & USG).

a. Indikasi

1) Ibu

- a) Usia kehamilan 37 minggu atau lebih
- b) Adanya tanda-tanda atau gejala impending eklamsia,kegagalan terapi konservatif yaitu setelah 6 jam pengobatan meditasi terjadi kenikan desakan

darah atau setelah 24 jam perawatan medisinal, ada gejala-gejala status quo (tidak ada perbaikan).

2) Janin

- a) Hasil fetal assesment jelek (NST & USG)
- b) Adanya tanda IUGR
- c) Laboratorium

Adanya "HELLP Syndrome" (hemolisis dan peningkatan fungsi hepar, trombositopenia)

b. Pengobatan medikamentosa yaitu:

Menurut Nugroho (2010), Pengobatan medisinal pasien preeklampsia berat yaitu:

- 1) Segera masuk rumah sakit
- 2) Tirah baring miring ke satu sisi. Tanda vital di periksa setiap 30 menit, refleks patella setiap jam.
- 3) Infus dextrose 5% dimana setiap 1 liter diselingi dengan infus RL (60-125cc/ jam) 500 cc.
- 4) Antasida
- 5) Diet cukup protein, rendah karbohidrat, lemak dan garam.
- 6) Pemberian obat anti kejang : Diazepam 20 mg IV dilanjutkan dengan 40 mg dalam dektrose 10% selama 4 samapai 6 jam atau MgSO₄ 40% 5 grm IV pelan-pelan dilanjutkan 5 grm dalam RL 500 cc untuk 6 jam.

7) Diuretikum tidak diberikan kecuali bila ada tanda- tanda oedema paru-paru, payah jantung kongestif atau oedema anasarka. Diberikan furosemid injeksi 40 mg/IV.

8) Antihipertensi diberikan bila:

Tekananan darah sitolik lebih dari 180 mmHg, diastolik lebih dari 110 mmHg atau MAP lebih 125 mmHg. Dapat diberikan catapres $\frac{1}{2}$ -1 ampul IM dapat di ulangtiap 4 jam, atau alfametildopa 3 x 250 mg, dan nifedipin sublingual 5-10 mg.

9) Kardiotonika, indikasinya bila ada tanda-tanda payah jantung, diberikan digitalisasi cepat dengan cedilanid.

10) Lain- lain:

a) Konsul bagian penyakit dalam/jantung, mata

b) Obat-obat antipiretik diberikan bila suhu rectal lebih 38,5°C dapat dibantu dengan pemberian kompres dingin atau alkohol atauxylomidon 2 cc IM.

c) Antibiotik diberikan atas indikasi, diberikan ampicilin 1 gr/ 6 jam/IV/ hari.

d) Anti nyeri bila penderita kesakitan atau gelisah karena kontraksi uterus,dapat diberikan petidin HCL 50-75 mg sekali saja, selambat-lambatnya 2 jam sebelum janin lahir.

c. Pengobatan Obstetrik

1) Cara Terminasi Kehamilan Yang Belum Inpartu

a) Induksi persalinan: tetesan oksitosin dengan syarat nilai Bishop 5 atau lebih dengan fetal heart monitoring.

b) Resiko sesaria bila:

a. Fetal assesment jelek

b. Syarat tetesan oksitosin tidak dipenuhi (nilai bishop kurang dari 5) atau adanya kontraindikasi tetesan oksitosin.

c. 12 jam setelah dimulainya tetesan oksitosin belum masuk fase aktif.

d. Pada primigravida lebih diarahkan untuk dilakukan terminasi dengan seksio cesarea.

2) Cara Terminasi Kehamilan Yang Sudah Inpartu

a) Kala I

a. Fase laten: 6 jam belum masuk fase aktif maka dilakukan seksio sesarea

b. Fase aktif: Amniotomi saja, bila 6 jam setelah amniotomi belum terjadi pembukaan lengkap maka dilakukan seksio sesarea (bila perlu dilakukan tetesan oksitosin)

b) Kala II

Pada persalinan pervaginaan maka kala II diselesaikan dengan partus buatan. Amniotomi dan tetesan oksitosin dilakukan sekurang-kurangnya 3 menit setelah pemberian pengobatan medisinal.

Pada kehamilan 32 minggu atau kurang; bila keadaan memungkinkan, terminasi ditunda 2 kali 24 jam untuk memberikan kortikosteroid.

2. Perawatan Konservatif

1. Indikasi: bila kehamilan preterm kurang 37 minggu tanpa disertai tanda-tanda impending eklampsia dengan keadaan janin baik.
2. Pengobatan medisinal: sama dengan perawatan medisinal pada pengelolaan aktif. Hanya loading dose MgSO_4 tidak diberikan intravenous, cukup intramuscular saja dimana 4 gram pada bokong kiri dan 4 gram pada bokong kanan.
3. Pengobatan obstetri:
 - a. Selama perawatan konservatif: observasi dan evaluasi sama seperti perawatan aktif hanya disini tidak dilakukan terminasi.
 - b. MgSO_4 dihentikan bila ibu sudah mempunyai tanda-tanda pre eklampsia ringan, selambat-lambatnya dalam 24 jam.

- c. Bila setelah 24 jam tidak ada perbaikan maka dianggap pengobatan medisinal gagal dan harus diterminasi
 - d. Bila sudah 24 jam hendak dilakukan tindakan maka diberikan lebih dahulu MgSO_4 20%, 2 gram intravenous.
4. Penderitaan dipulangkan bila :
- a. Penderitaan kembali ke gejala-gejala/ tanda-tanda preeklampsia ringan dan telah dirawat selama 3 hari.
 - b. Bila selama 3 hari tetap berada dalam keadaan preeklampsia ringan: penderita dapat di pulangkan dan di rawat sebagai preeklampsia ringan (diperkirakan lama perawatan 1-2 minggu).

Menurut Yeyen & Yulianti, (2010) pemberian magnesium sulfat, cara pemberian magnesium sulfat:

1. Dosis awal sekitar 4 gram MgSO_4 IV (20% dalam 20 cc) selama 1 gr/ menit kemasan 20% dalam 25 cc larutan MgSO_4 (dalam 3-5 menit). Diikuti segera 4 gr di bokong kiri dan 4 gr di bokong kanan (40% dalam 10 cc) dengan jarum no 21, panjang 3,7 cm. Untuk mengurangi nyeri dapat diberikan 1 cc xylocain 2% yang tidak mengandung adrenalin pada suntikan IM.
2. Dosis ulangan: diberikan 4 gr intramuscular 40% setelah 6 jam pemberian dosis awal lalu dosis ulangan diberikan 4 gr

IM setiap 6 jam dimana pemberian MgSO_4 tidak melebihi 2-3 hari.

3. Syarat- syarat pemberian MgSO_4

- a) Tersedia antidotum MgSO_4 yaitu calcium gluconas 10%, 1 gr (10% dalam 10 cc) diberikan intraveos dalam 3 menit.
- b) Refleks patella positif kuat
- c) Frekuensi pernapasan lebih 16x/ menit
- d) Produksi urin lebih 100 cc dalam jam sebelumnya (0,5 cc./kgBB/jam).

4. MgSO_4 dihentikan bila:

- a. Ada tanda-tanda keracunan yaitu kelemahan otot, hipotensi, refleks fisiologis menurun, fungsi jantung terganggu, depresi SSP, kelumpuhan dan selanjutnya dapat menyebabkan kematian karena kelumpuhan otot-otot pernapasan karena ada serum 10 U magnesium pada dosis adekuat adalah 4-7 mEq/liter. Refleks fisiologis menghilang pada kadar 8-10 mEq/liter. Kadar 12-15 mEq/liter terjadi kelumpuhan otot-otot pernapasan dan lebih 15 mEq/liter terjadi kematian jantung.
- b. Bila timbul tanda-tanda keracunan magnesium sulfat:
 - a) Hentikan pemberian magnesium sulfat
 - b) Berikan calcium gluconase 10% /gram (10% dalam 10 cc) secara IV dalam waktu 3 menit.
 - c) Berikan oksigen

- d) Lakukan pernapasan buatan
- c. Magnesium sulfat dihentikan juga bila setelah 4 jam pasca persalinan sudah terjadi perbaikan (normotensif).

Menurut Manuaba dkk, (2010) untuk mencegah kejadian preeklamsia dapat dilakukan nasihat tentang dan berkaitan dengan :

1. Diet makanan

Makanan tinggi protein, tinggi karbohidrat, cukup vitamin dan rendah lemak. Kurangi garam apabila berat badan bertambah atau oedema. Makanan berorientasi pada empat sehat lima sempurna. Untuk meningkatkan jumlah protein dengan tambahan satu butir telur setiap hari.

2. Cukup istirahat

Istirahat yang cukup pada hamil semakin tua dalam arti bekerja seperlunya dan disesuaikan dengan kemampuan. Lebih banyak duduk atau berbaring kearah punggung janin sehingga aliran darah menuju plasenta tidak mengalami gangguan.

3. Pengawasan antenatal (hamil)

Bila terjadi perubahan perasaan dan gerakan janin dalam rahim segera datang ketempat pemeriksaan. Keadaan yang memerlukan perhatian:

a. Uji kemungkinan preeklamsia

1) Pemeriksaan tekanan darah atau kenaikannya

- 2) Pemeriksaan tinggi fundus uteri
- 3) Pemeriksaan kenaikan berat badan atau oedema
- 4) Pemeriksaan protein dalam urin
- 5) Kalau mungkin dilakukan pemeriksaan fungsi ginjal, fungsi hati, gambaran darah umum, dan pemeriksaan retina mata.

b. Penilaian kondisi janin

- 1) Pemantauan tinggi fundus uteri
- 2) Pemeriksaan janin : gerakan janin dalam rahim, denyut jantung janin, pemantauan air ketuban
- 3) Usulkan untuk melakukan pemeriksaan ultrasonografi

Menurut Manuaba dkk, (2010) dalam keadaan yang meragukan, maka merujuk penderita merupakan sikap yang terpilih dan terpuji. Penanganan preeklamsia bertujuan untuk menghindari kelanjutan menjadi eklamsia dan pertolongan kebidanan dengan melahirkan janin dalam keadaan optimal dan bentuk pertolongan dengan trauma minimal.

Menurut Manuabadkk, (2010) pada preeklamsia ringan, penanganan simtomatis dan berobat jalan dengan memberikan:

1. Sedatif ringan (phenelbarbitel 3x30 mg, valium 3x10 mg)
2. Obat penunjang (vitamin B kompleks, vitamin C atau vitamin E, zat besi)
3. Nasihat (garam dalam makanan dikurangi, lebih banyak istirahat berbaring kearah punggung janin, segera datang

memeriksa diri, bila terdapat gejala sakit kepala, mata kabur, oedema mendadak atau berat badan naik, pernapasan semakin sesak, nyeri pada epigastrium, kesadaran makin berkurang, gerak janin melemah berkurang, pengeluaran urin berkurang).

4. Jadwal pemeriksaan hamil dipercepat dan diperketat.

Petunjuk untuk segera memasukan penderita ke rumah sakit atau merujuk penderita perlu memperhatikan hal-hal berikut:

- a. Bila tekanan darah 140/90 mmHg atau lebih
- b. Protein dalam urine 1 plus atau lebih
- c. Kenaikan berat badan 1,5 kg atau lebih dalam seminggu
- d. Oedema bertambah dengan mendadak
- e. Terdapat gejala dan keluhan subjektif

Menurut Manuaba dkk, (2010) bidan yang mempunyai polindes dapat merawat penderita preeklamsia berat untuk sementara sampai menunggu kesempatan melakukan rujukan sehingga penderita mendapat pertolongan yang sebaik-baiknya. Penderita diusahakan agar :

1. Terisolasi sehingga tidak mendapat rangsangan suara ataupun sinar
2. Dipasang infus glukosa 5%
3. Dilakukan pemeriksaan:
 - a. Pemeriksaan umum (pemeriksaan tekanan darah, nadi, suhu, dan pernapasan)

- b. Pemeriksaan kebidanan (pemeriksaan leopold, denyut jantung janin), pemeriksaan dalam (evaluasi pembukaan dan keadaan janin dalam rahim)
 - c. Pemasangan kateter
 - d. Evaluasi keseimbangan cairan
4. Pengobatan:
- a. Sedative: phenobarbital 3x100 mg, valium 3x20 mgr
 - b. Menghindari kejang :
 - 1) Magnesium sulfat
 - a) Inisial dosis awal 8 gr IM, dosis ikutan 4 gr/jam
 - b) Observasi: pernapasan tidak kurang 16 menit, refleks patella positif, urin tidak kurang dari 600 cc/24 jam.
 - 2) Valium
 - a) Dosis awal 20 mg IV, dosis ikutan 20 mgr/drip 20 tetes/menit
 - b) Dosis maksimal 120 mg/24 jam
 - 3) Kombinasi pengobatan:
 - a) Pethidine 50 mgr IM
 - b) Klorpormazin 50 mg IM
 - c) Diazepam (valium) 20 mg IM)
 - 4) Bila terjadi oligouria diberikan glukosa 40% IV untuk menarik cairan dari jaringan, sehingga dapat merangsang diuresis.

5. Setelah keadaan preeklamsia berat dapat diatasi, pertimbangan mengakhiri kehamilan berdasarkan : kehamilan cukup bulan, memperthankan kehamilan samapi mendekati cukup bulan, kegagalan pengobatan preeklamsia berat kehamilan diakhiri tanpa meamndang umur, merujuk penderitaan kerumah sakit untuk pengobatan yang adekuat. Mengakhiri kehamilan merupakan pengobatan utama untuk memutuskan kelanjutan preeklamsia menjadi eklamsia. Dengan perawatan sementara di polindes, maka melakukan rujukan penderitaan merupakan sikap yang paling tepat.

Menurut Morgan & Hamilton (2009), pencegahan preeklamsia yakni:

- a. Perawatan pranatal yang baik
 - a) Anjurkan kunjungan yang teratur
 - b) Periksa BB, TD, dan urine setiap kunjungan pranatal.
- b. Motivasi diet yang baik, mencakup:
 - a) Penambahan BB yang adekuat, sebesar 9-18 kg
 - b) Diet tinggi-protein, seimbang- baik

2.1.7. Diagnosa Kebidanan Pada Ibu Dengan PEB

Pada umumnya diagnosis preeklamsia didasarkan atas adanya 2 dari trias tanda utama: hipertensi, oedema, dan proteinuria. Diagnosis diferensial antara preeklamsia dengan hipertensi menahun atau penyakit ginjal tidak jarang menimbulkan kesukaran. Pada hipertensi menahun adanya

tekanan darah yang meninggi sebelum hamil, pada kehamilan muda, atau 6 bulan post partum akan sangat berguna untuk membuat diagnosis (Prawirohardjo, 2009).

Menurut Prawirohardjo (2009), diagnosis eklamsia tidak terlalu sukar, karena eklamsia merupakan kelanjutan pre eklampsia berat dan disusul kejang atau koma. Eklampsia dapat dibedakan dengan:

1. Epilepsi dengan kejang terjadi pada: hamil muda atau sebelum hamil, tidak disertai tanda preeklamsia, karena obat enestesi lokal yang disuntikan kedalam vena.
2. Keadaan koma pada: diabetes melitus, perdarahan otak, infeksi (meningitis, ensefalitisi).

2.1.8. Komplikasi

Terdapat beragam komplikasi preeklamsia termasuk abrupsi plasenta, keterbatasan pertumbuhan intra uteri, sindrom HELLP (Haemolysis Elevated Liver Low Plateletcount), koagulasi intravascular diseminata (disseminated coagulation intravascular, DIC), gagal ginjal, perlahiran premature, kegagalan multi-organ, eklamsia, dan bahkan kematian (Robson, 2012).

Komplikasi pada ibu antara lain: anemia, hipertensi, partus prematurus, atonia uteri, perdarahan pasca persalinan hidramnion, plasenta previa, solusio plasenta, ketuban pecah dini. Pada janin yaitu: malpresentasi, prolapsus funikuli,

pertumbuhan janin terhambat, kelainan bawaan, morbidita dan mortalitas perinatal meningkat (Yeyen dan Yulianti, 2010).

2.2. KONSEP PERSALINAN

2.2.1. Pengertian

Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan disebut normal apabila prosesnya terjadi pada usia cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri) (Johariyah & Ningrum, 2012).

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan uri) yang telah cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri) (Marmi, 2012).

Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala, tanpa komplikasi baik ibu maupun janin (Asri & Clervo, 2012).

2.2.2. Klasifikasi atau Jenis Persalinan

Menurut Asrinah dkk, (2010) ada 2 klasifikasi persalinan yaitu berdasarkan cara dan usia kehamilan yakni:

1. Jenis persalinan berdasarkan cara persalinan

- a. Persalinan Normal (spontan) adalah proses lahirnya bayi pada letak belakang kepala dengan tenaga ibu sendiri,

tanpa bantuan alat-alat serta tidak melukai ibu dan bayi yang umumnya berlangsung kurang dari 24 jam.

- b. Persalinan Buatan adalah proses persalinan dengan bantuan dari tenaga luar.
- c. Persalinan Anjuran adalah bila kekuatan yang diperlukan untuk persalinan ditimbulkan dari luar dengan jalan rangsangan.

2. Menurut usia kehamilan dan berat janin yang dilahirkan

- a. Abortus (keguguran) adalah berakhirnya suatu kehamilan pada atau sebelum kehamilan tersebut berusia 22 minggu atau buah kehamilan belum mampu untuk hidup diluar kandungan.
- b. Persalinan Prematur adalah persalinan dengan usia kehamilan 28-36 minggu dengan berat janin kurang dari 2499 gram.
- c. Persalinan Mature (aterm) adalah persalinan dengan usia kehamilan 37-42 minggu dan berat janin diatas 2500 gram.
- d. Persalinan Serotinus adalah persalinan dengan usia kehamilan lebih dari 42 minggu atau 2 minggu lebih dari waktu partus yang ditaksir.

2.2.3. Sebab-sebab Mulainya Persalinan

Menurut Johariyah & Ningrum, (2012) proses terjadinya persalinan belum diketahui dengan pasti, sehingga menimbulkan beberapa teori yang berkaitan dengan mulai terjadinya persalinan. Ada 2 hormon yang dominan selama kehamilan yaitu:

1. Estrogen

- a. Meningkatkan sensitivitas otot rahim
- b. Memudahkan penerimaan rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitosin, rangsangan prostatglandin, dan rangsangan mekanik.

2. Progesteron

- a. Menurunkan sensitivitas otot rahim
- b. Menyulitkan penerimaan rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitosin, rangsangan prostatglandin dan rangsangan mekanik.
- c. Menyebabkan otot rahim dan otot polos relaksasi.

Teori tentang penyebab persalinan:

1. Teori Peregangan

- a. Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu.
- b. Setelah melewati batas tersebut terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai.

- c. Contohnya pada hamil ganda sering terjadi kontraksi setelah keregangan tertentu, sehingga menimbulkan proses persalinan.

2. Teori Penurunan Progesteron

- a. Proses penebaran plasenta mulai umur kehamilan 28 minggu, dimana terjadi penimbunan jaringan ikat, pembuluh darah mengalami penyempitan dan buntu.
- b. Produksi progesteron mengalami penurunan, sehingga otot rahim menjadi lebih sensitif terhadap oksitosin.
- c. Akibatnya otot rahim mulai berkontraksi setelah tercapai tingkat penurunan progesteron tertentu.

3. Teori Oksitosin Internal

- a. Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis pars posterior.
- b. Perubahan keseimbangan estrogen dan progesteron dapat mengubah sensitivitas otot rahim, sehingga sering terjadi kontraksi Braxton Hicks.
- c. Menurunnya konsentrasi akibat tuanya kehamilan, maka oksitosin dapat meningkatkan aktivitas, sehingga persalinan dapat dimulai.

4. Teori Prostaglandin

- a. Konsentrasi prostaglandin meningkat sejak umur 15 minggu, yang dikeluarkan oleh desidua.

- b. Pemberian prostaglandin pada saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga hasil konsepsi dikeluarkan.
 - c. Prostaglandin dianggap dapat merupakan pemicu persalinan.
5. Teori hipotalamus-pituitari dan glandula suprarenalis
- a. Teori ini menunjukan pada kehamilan dengan anencephalus sering terjadi kelambatan persalinan karena karena tidak terbentuk hipotalamus.
 - b. Malpar pada tahun 1933 mengangkat otak kelinci percobaan, hasilnya kehamilan kelinci berlangsung lebih lama.
 - c. Dari hasil penelitian tersebut dapat disimpulkan terdapat hubungan antara hipotalamus dengan mulainya persalinan.
 - d. Glandula suprarenalis merupakan pemicu terjadinya persalinan.

2.2.4. Tanda-tanda Persalinan

Menurut Johariyah & Ningrum, (2012) sebelum terjadi persalinan sebenarnya beberapa minggu sebelumnya wanita memasuki kala pendahuluan dengan tanda-tanda sebagai berikut:

1. Lightening atau settling atau dropping yaitu kepala turun memasuki pintu atas panggul terutama pada primigravida. Pada multigravida tidak begitu kelihatan.
2. Perut kelihatan lebih melebar, fundus uteri turun.
3. Perasaan sering atau susah buang air kecil (polakisuria) karena kandung kemih tertekan oleh bagian terbawah janin.
4. Perasaan sakit diperut dan dipinggang oleh adanya kontraksi-kontraksi lemah dari uterus, disebut "false labor pains".
5. Serviks menjadi lembek, mulai mendatar dan sekresinya bertambah bisa bercampur darah (bloody show).

Persalinan dimulai (inpartu) sejak uterus berkontraksi dan menyebabkan perubahan pada serviks (membuka dan menipis) dan berakhir dengan lahirnya plasenta secara lengkap. Belum inpartu jika kontraksi uterus tidak mengakibatkan perubahan serviks.

Tanda dan gejala inpartu:

1. Kontraksi uterus yang semakin lama semakin sering dan teratur dengan jarak kontraksi yang pendek, yang mengakibatkan perubahan pada serviks (frekuensi minimal 2 kali dalam 10 menit).
2. Cairan lendir bercampur darah (show) melalui vagina.
3. Pada pemeriksaan dalam dapat ditemukan:
 - a. Pelunakan serviks

b. Penipisan dan pembukaan serviks

4. Dapat disertai ketuban pecah.

2.2.5. Tahapan Persalinan

Menurut Johariyah & Ningrum, (2012) tahapan persalinan dibagi dalam 4 fase yaitu:

1. Kala I

Kala I adalah kala pembukaan yang berlangsung dari pembukaan nol sampai pembukaan lengkap. Kala I dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus teratur dan meningkat (frekuensi dan kekuatannya) hingga serviks membuka lengkap. Kala I dibagi menjadi dua fase yaitu:

a. Fase Laten

- 1) Dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap.
- 2) Berlangsung hingga serviks membuka kurang dari 4 cm
- 3) Pada umumnya fase laten berlangsung hampir atau hingga 8 jam.
- 4) Kontraksi mulai teratur tetapi lamanya masih antara 20-30 detik.

b. Fase Aktif

- 1) Frekuensi dan lama kontraksi uterus akan meningkat secara bertahap (kontraksi dianggap adekuat/memadai jika terjadi tiga kali atau lebih dalam 10 menit dan berlangsung selama 40 detik atau lebih).

- 2) Dari pembukaan 4 cm sampai dengan 10 cm, akan terjadi dengan kecepatan rata-rata 1 cm per jam (nulipara atau primigravida) atau lebih dari 1 cm hingga 2 cm pada multipara.
- 3) Terjadi penurunan bagian terbawah janin.
- 4) Fase aktif dibagi dalam 3 fase yaitu:
 - a) Fase akselerasi. Dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm.
 - b) Fase dilatasi maksimal. Dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat, dari 4 cm menjadi 9 cm.
 - c) Fase deselerasi. Pembukaan menjadi lambat, dalam waktu 2 jam pembukaan 9 cm menjadi lengkap.

2. Kala II (Kala Pengeluaran)

Pada kala II, his terkoordinir, kuat, cepat, dan lebih lama, kira-kira 2-3 menit sekali. Kepala janin telah turun masuk ruang panggul sehingga terjadilah tekanan pada otot-otot dasar panggul yang secara reflektoris menimbulkan rasa mencedan. Lama kala II pada primigravida adalah dari 1,5 jam sampai dengan 2 jam, sedangkan pada multigravida adalah 0,5 jam sampai dengan 1 jam. Kala II dimulai dari pembukaan lengkap sampai dengan lahirnya bayi.

Gejala dan tanda kala II persalinan yaitu:

- a. His semakin kuat, dengan interval 2 sampai 3 menit dengan durasi 50 sampai 100 detik.
- b. Menjelang akhir kala I ketuban pecah yang ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak.
- c. Ibu merasakan ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi.
- d. Ibu merasakan adanya peningkatan tekanan pada rektum atau vagina.
- e. Perinium menonjol.
- f. Meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah.
- g. Tanda pasti kala II: pembukaan serviks telah lengkap atau terlihatnya bagian terendah janin di introitus vagina.

3. Kala III (Kala Uri)

Kala III dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban. Pada kala III persalinan, miometrium berkontraksi mengikuti penyusutan volume rongga uterus setelah kelahiran bayi. Penyusutan ukuran ini menyebabkan berkurangnya ukuran tempat perlekatan plasenta. Karena perlekatan plasenta menjadi semakin kecil, sedangkan ukuran plasenta tidak berubah, maka plasenta akan terlipat, menebal dan akhirnya lepas dari dinding uterus. Setelah lepas, plasenta akan turun kebagian bawah uterus atau ke dalam vagina.

Tanda-tanda lepasnya plasenta adalah:

1. Uterus menjadi bundar
 2. Uterus terdorong keatas, karena plasenta dilepas kesegmen bawah rahim.
 3. Tali pusat bertambah panjang
 4. Terjadi perdarahan
4. Kala IV (Kala Observasi)

Kala IV adalah kala pengawasan selama 2 jam setelah bayi lahir, untuk mengamati keadaan ibu terutama terhadap bahaya perdarahan postpartum. Kala IV dimulai sejak ibu dinyatakan aman dan nyaman sampai 2 jam. Observasi yang dilakukan adalah:

- a. Tingkat kesadaran penderita
- b. Pemeriksaan tanda-tanda vital: tekanan darah, nadi, suhu, dan pernapasan.
- c. Kontraksi uterus, Tinggi Fundus Uteri
- d. Terjadinya perdarahan: perdarahan normal bila tidak melebihi 400 sampai 500 cc.

2.2.6. Faktor yang Mempengaruhi Persalinan

Menurut Asri & Clervo (2012), faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan yakni:

1. Power (His dan Daya Hejan Ibu)

His (kontraksi otot rahim), kontraksi dinding perut, kontraksi diafragma pelvis atau kekuatan mengejan, ketegangan dan kontraksi ligamentum retundum.

Pada faktor power yang mempengaruhi persalinan adalah:

a. Kontraksi uterus (His)

Beberapa sifat kontraksi uterus dijabarkan sebagai berikut:

- 1) Amplitudo
- 2) Frekuensi
- 3) Durasi
- 4) Interval
- 5) Kekuatan

b. Kekuatan mengejan

Cara meneran yang efektif adalah:

- 1) Anjurkan ibu untuk meneran mengikuti dorongan alamiah selama kontraksi.
- 2) Beritahukan untuk meneran dengan tidak menahan napas
- 3) Minta ibu untuk berhenti meneran dan beristirahat saat tidak kontraksi.
- 4) Jika ibu berbaring miring atau setengah duduk, ia akan lebih mudah untuk meneran jika lutut ditarik ke dada dan dagu ditempelkan kedada.

5) Minta ibu untuk tidak mengangkat bokong pada saat meneran.

6) Tidak diperbolehkan untuk mendorong fundus untuk membantu kelahiran bayi. Dorongan fundus mengakibatkan distosia bahu dan ruptur uteri.

2. Passage (Panggul)

a. Bagian-bagian tulang panggul

Panggul terdiri dari 4 buah tulang:

1) Dua Os Coxae

a) Os ischhium

Terdiri atas corpus tempat bersatunya ramus inferior dan superior: corpus membentuk acetabulum, ramus superior terletak dibelakang dan bawah corpus, ramus inferior menjadi satu dengan ramus inferior osis pubis, spina isciadica memisahkan insisura isciadika mayor dengan insisura isciadika minor.

b) Os pubis

Terdiri dari corpus dan dua buah rami: Corpus mempunyai permukaan medial yang kasar. Crista pubis adalah tepi atas corpus. Tuberkulum pubicum adalah ujung lateral crista pubica. Ramus superior bertemu dengan corpus osis pubis pada tuberkulum pubicum dengan corpus osisi illii pada linea illiopectinea.

c) Os sacrum

Berbentuk segitiga, basis diatas, apek dibawah. Terdiri dari 5 os vertebrata yang tumbuh menjadi satu. Diantara os coxae, melekat pada tulang tersebut melalui articulatio sacroiliaca. Permukaan atas vertebrata sacralis pertama bersendi dengan permukaan bawah vertebrata lumbal ke 5. Permukaan depan cekung, belakangnya cembung. Promontorium, adalah tepi anterior superior vertebra sacralis pertama.

d) Os illium

2) Os cossygis

Terbentuk dari 4 buah vertebrata rudimenter, permukaan atas vertebrata coccygealis pertama bersendi dengan permukaan bawah vertebrata sacralis ke 5, sehingga membentuk artikulasi coccygealis. Dari atas kebawah pada cocygis melekat otot m. Coccygeus, m. Levator ani dan m. Spinter ani eksternus. Artikulasio sacroiliaca: sendi terpenting menghubungkan os sacrum dengan os illium.

b. Bagian-bagian pelvis minor

Pelvis minor dibagi 3 bagian:

a) Pintu Atas Panggul/ PAP

1) Anterior: crista dan spina pubica

2) Lateral: linea illiopectinea pada os coxae

3) Posterior: tepi anterior ossis sacri dan promontorium

b) Cavum pelvis

1) Dinding depan lurus dan dangkal os pubis panjangnya 5 cm

2) Dinding belakang cekung dan dalam. Panjang os sacrum 10-15 cm

3) Os ischium dan sebagian corpus ossis illii terdapat disebelah lateral.

c) Pintu Bawah Panggul/ PBP

Berbentuk jajaran genjang, batas-batasnya:

1) Anterior: lig arcuatum pubis dan artcus pubis

2) Lateral: tuber ischiadikum dan ligamentum sacrotuberosum

3) Posterior: ujung os sacrum

c. Bidang Panggul

Bidang panggul adalah bidang datar imajiner yang melintang terhadap panggul pada tempat yang berbeda.

3. Passager (Fetus)

a. Akhir minggu ke 8 janin mulai nampak menyerupai manusia dewasa, menjadi jelas pada akhir minggu 12.

b. Usia 12 minggu jenis kelamin luarnya sudah dapat dikenali

c. Quickening (terasa gerakan janin pada ibu hamil) terjadi usia kehamilan 16-20 minggu.

d. DJJ mulai terdengar minggu 18/10

e. Panjang rata-rata janin cukup bulan 50 cm

f. Berat rata-rata janin laki 3400 gram, perempuan 3150 gram

g. Janin cukup bulan lingkaran kepala dan bahu hampir sama.

Hal yang menentukan kemampuan untuk melewati jalan lahir dari faktor passenger adalah:

a) Presentasi janin dan bagian janin yang terletak pada bagian depan jalan lahir, seperti:

1. Presentasi kepala (verteks, muka, dahi)
2. Presentasi bokong: bokong murni, bokong kaki, letak lutut atau letak kaki
3. Presentasi bahu (letak lintang)

b) Sikap janin

Hubungan bagian janin (kepala) dengan bagian janin lainnya (badan), misalnya fleksi, defleksi, dll.

c) Posisi janin

Hubungan bagian atau point penentu dari bagian terendah janin dengan panggul ibu dibagi dalam 3 unsur:

1. Sisi panggul ibu: kiri, kanan, dan melintang
2. Bagian terendah janin, oksiput, sacrum, dagu dan scapula

3. Bagian panggul ibu: depan, belakang
- d) Bentuk atau ukuran kepala janin menentukan kemampuan kepala untuk melewati jalan lahir.

2.3.KONSEP INDUKSI

2.3.1. Pengertian

Menurut Nugroho, (2012) Induksi adalah tindakan atau langkah untuk memulai persalinaan yang sebelumnya belum terjadi,bisa secara mekanik maupun kimiawi (farmakologik).

1. Mekanik : Amniotomi, Stripping, Inseri Foley Catheter, Laminaria.

2. Kimiawi / Farmakologi: Misoprostol tablet, oksitosin drip

Essential diagnosis / cardinal sign:

a. Hipokontraktilitas uterus diperbaiki setelah pelvis dan presentasi fetus telah dinilai.

b. Kontraindikasi: plasenta atau vasa previa, prolapse tali pusat, riwayat insisi uterus klasik, deformitas struktur pelvis.

2.3.2. Indikasi Untuk Induksi

Menurut Nugroho (2012), Indikasi untuk induksi yakni:

- a. Penyakit hipertensi pada kehamilan
- b. Diabetes mellitus
- c. Ketuban pecah dini, janin viabel
- d. Chorioamnionitis
- e. Gangguan pertumbuhan intrauterine

- f. Isoimunisasi
- g. Kematian janin dalam kandungan
- h. Usia kehamilan 41 minggu

Menurut Nugroho, (2012) Kontraindikasi absolut yakni:

- a. Insisi uterus klasik sebelumnya
- b. Infeksi herpes genitalis aktif
- c. Plasenta atau vasa previa
- d. Prolapsed tali pusat
- e. Malpresentasi fetus, misalnya melintang
- f. Riwayat operasi myiomektomi intramural

Indikasi:

Faktor ibu tergantung derajat penyakit :

- a. Preeklampsia berat atau eklampsia yang tidak membaik dengan terapi obat-obatan
- b. Diabetes mellitus

Faktor janin:

- a. Janin mati dalam kandungan (IUFD: Intra Uterine Fetal Death)
- b. Pertumbuhan janin terhambat atau PJT (IUGR: Intra Uterine Growth Retardation)
- c. Inkompatibilitas Rhesus

Keadaan kehamilan:

- a. Prolonged pregnancy (usia kehamilan 41 minggu)
- b. Ketuban pecah dini (KPD), usia kehamilan 34 minggu

- c. Amnionitis atau Khorioamnionitis
- d. Solutio plasenta
- e. Partus tak maju

Kontra indikasi:

Absolut:

- a. Kelainan letak janin
- b. Disproporsi kepala panggul (DKP)
- c. Plasenta previa totalis / plasenta previa letak rendah dibelakang
- d. Gawat janin
- e. Uterus yang cacat

Relatif:

- a. Grandemultigravida
- b. Kelainan letak presentasi
- c. Overdistensi uterus
- d. Presentasi bokong murni
- e. Pasca seksio caesar kurang dari 2 tahun.

2.3.3. Komplikasi

Menurut Nugroho, (2012) komplikasi akan terjadi bila:

1. Kontraksi yang hipertonic dan gawat janin: his dengan interval kurang dari 2 menit, lama lebih dari 60 detik, kuat dengan denyut jantung janin kurang dari 120/ menit atau lebih dari 160/ menit.

- a. Stop segera tetesan, ganti dengan dekstrose 5% tanpa oksitosin
 - b. Oksigen 6-8 liter/ menit
 - c. Terbutalin 1 ampul (0,25 mg) intravena dalam 1-2 menit
 - d. Bila dalam 5 menit keadaan tidak membaik pertimbangkan untuk dilakukan bedah caesar.
2. Intoksikasi air, yang ditandai dengan: sakit kepala, mual, muntah, bingung, konvulsi dan kematian.
- a. Ibu dengan infus oksitosin tidak boleh mendapat cairan bebas elektrolit lebih dari 1 liter / 24 jam.
 - b. Stop oksitosin dan tangguhkan semua cairan
 - c. Pada kasus yang berat selain dari yang tersebut diatas, berikan infus NaCl hipertonik (3%). Tetesan harus pelan dan stop apabila fusi diuresis tercapai.
 - d. Segera lapor konsultan
 - e. Ruptur uteri
3. Oksitosin 5 IU dalam 500 mL (bila 1 cc=20 tetes, maka 1 tetes mengandung 0,5 mU).
4. Dosis/kecepatan yang dianjurkan untuk memulai persalinan kehamilan adalah 2 mU/menit, atau 4 tetes.
5. Pada kehamilan preterm, dosis inisial dapat lebih tinggi yaitu 4mU/ menit (8 tetes), tidak boleh lebih dari 5mU/ menit.

6. Naikkan dosis dengan 2mU/ menit, atau 4 tetes setiap 15 menit, sampai tercapai kontraksi yang baik, yaitu his dengan interval 2-3 menit, lama 50-60 detik.
7. Untuk keadaan tertentu (IUFD), dibutuhkan dosis yang lebih tinggi yaitu 10 IU oksitosin dalam 500 ml D5%..
8. Awasi kondisi kontraksi yang hipertonic dan gawat janin, antara lain: his dengan interval <2 menit, lama lebih dari 60 detik, kuat dengan DJJ <120 x/menit atau >160 x/menit. Bila terjadi stop tetesan dan ganti dengan D5% tanpa oksitosin dan oksigenasi 6-8 liter/ menit.

2.4.KONSEP MANAJEMEN KEBIDANAN PADA PEB

2.4.1. Pengertian

Manajemen kebidanan adalah metode dan pendekatan pemecahan masalah ibu dan anak yang khusus dilakukan oleh bidan dalam memberikan asuhan kebidanan pada individu, keluarga dan masyarakat. (Depkes RI, 2005)

Manajemen kebidanan adalah metode dan pendekatan dan pemecahan masalah-masalah kesehatan ibu dan anak yang khusus dilakukan oleh bidan dalam memberikan asuhan kebidanan kepada individu, keluarga dan masyarakat. (Rohani dkk, 2011).

Prinsip proses manajemen kebidanan:

1. Secara sistematis mengumpulkan data dan memperbaharui data yang lengkap dan relevan dengan melakukan pengkajian yang komperhensif terhadap kesehatan setiap klien. Termaksud mengumpulkan riwayat kesehatan dan pemeriksaan fisik.
2. Mengidentifikasi masalah dan membuat diagnosa berdasarkan interprestasi data dasar.
3. Mengidentifikasi kebutuhan terhadap asuhan kesehatan dalam menyelesaikan masalah dan merumuskan tujuan asuhan kesehatan bersama klien.
4. Memberi informasi dan support sehingga klien dapat membuat keputusan dan bertanggung jawab terhadap kesehatannya.
5. Membuat rencana asuhan yang komperhensif bersama klien
6. Secara pribadi bertanggung jawab terhadap implementasi rencana individual.
7. Melakukan konsultasi, perencanaan dan melaksanakan manajemen dengan berkolaborasi dan merujuk klien untuk mendapatkan asuhan selanjutnya.
8. Melaksanakan manajemen terhadap komplikasi tertentu dalam situasi darurat dan bila ada penyimpangan dari keadaan normal.

9. Melakukan evaluasi bersamaklien terhadap pencapaian asuhan kesehatan dan rencana asuhan sesuai dengan kebutuhan.

2.4.2. Konsep Dasar Asuhan Kebidanan

Proses manajemen kebidanan terdiri dari 7 langkah yang berurutan dan setiap langkah disempurnakan secara periodik dengan pengumpulan data dasar dan berakhir dengan evaluasi. Ketujuh langkah tersebut membentuk suatu kerangka lengkap yang dapat diaplikasikan dalam situasi apapun. Akan tetapi, setiap langkah dapat diuraikan lagi menjadi langkah-langkah yang lebih rinci dan ini bisa berubah dengan kebutuhan klien (Suryani, 2011).

1. Langkah I Pengumpulan Data Dasar (Suryani, 2011)

Pada langkah pertama ini semua informasi yang akurat dan lengkap dikumpulkan dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien. Untuk memperoleh data dapat dilakukan melalui anamnese pemeriksaan fisik sesuai kebutuhan, pemeriksaan tanda-tanda vital, pemeriksaan penunjang.

Tahap ini merupakan langkah awal yang akan menentukan langkah berikutnya, sehingga kelengkapan data sesuai dengan kasus yang dihadapi yang akan menentukan proses interpretasi yang benar atau tidak dalam tahap selanjutnya. Sehingga dalam pendekatan ini harus

komprehensif meliputi data subyektif, obyektif dan hasil pemeriksaan sehingga dapat menggambarkan kondisi pasien yang sebenarnya dan valid.

Jika klien mengalami komplikasi yang perlu dikonsultasikan kepada dokter dalam manajemen kolaborasi, bidan akan melakukan konsultasi. Pada keadaan tertentu, dapat terjadi langkah pertama tumpang-tindih dengan langkah V dan VI (atau menjadi bagian langkah tersebut) karena data yang diperlukan didapat dari hasil pemeriksaan laboratorium atau pemeriksaan diagnostik yang lain. Kadang bidan perlu memulai manajemen dari langkah IV untuk mendapat data dasar awal yang perlu disampaikan kepada dokter.

2. Langkah II Interpretasi Data

Pada langkah ini, bidan melakukan identifikasi diagnosis atau masalah berdasarkan interpretasi yang akurat terhadap data-data yang telah dikumpulkan. Data dasar yang telah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga dapat merumuskan diagnosis dan masalah yang spesifik. Rumusan diagnosa dan masalah keduanya digunakan karena masalah tidak dapat didefinisikan seperti diagnosa tetapi tetap membutuhkan penanganan. Masalah sering berkaitan dengan hal-hal yang sedang dialami wanita yang diidentifikasi oleh bidan sesuai dengan hasil pengkajian.

Diagnosa kebidanan adalah diagnosa yang ditegakan bidan dalam lingkup praktek kebidanan dan memenuhi standar nomen klatur diagnosa kebidanan. Nomen klatur diagnosa kebidanan meliputi:

- a. Diakui dan telah disahkan oleh profesi.
- b. Berhubungan langsung dengan praktek kebidanan
- c. Memiliki ciri khas kebidanan
- d. Didukung oleh Clinical judgement dalam praktik kebidanan
- e. Dapat diselesaikan dengan pendekatan manajemen kebidanan

3. Langkah III Identifikasi Diagnosa atau Masalah Potensial

Langkah ini bidan mengidentifikasi masalah potensial atau diagnosa potensial berdasarkan diagnosa atau masalah yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan. Bidan diharapkan dapat waspada dan bersiap-siap mencegah diagnosa atau masalah potensial ini menjadi benar-benar terjadi. Langkah ini penting sekali dalam melakukan asuhan yang aman.

4. Langkah IV Menetapkan Kebutuhan Terhadap Tindakan Segera untuk melakukan konsultasi, kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain berdasarkan kondisi klien.

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan atau untuk dikonsultasikan atau ditangani

bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien. Langkah keempat mencerminkan kesinambungan dari proses manajemen kebidanan. Jadi manajemen bukan hanya selama asuhan primer periodik atau kunjungan prenatal saja tetapi juga selama wanita tersebut bersama bidan terus menerus, misalnya pada waktu wanita tersebut dalam persalinan.

Data baru mungkin saja dikumpulkan dan dievaluasi. Beberapa data mungkin mengidentifikasi situasi yang gawat dimana bidan harus bertindak segera untuk kepentingan keselamatan jiwa ibu dan anak.

Dari data yang dikumpulkan dapat menunjukkan satu situasi yang memerlukan tindakan segera sementara yang lain harus menunggu intervensi dari seorang dokter. Situasi lainnya tidak merupakan kegawatan tetapi memerlukan konsultasi atau kolaborasi dengan dokter.

5. Langkah V Perencanaan

Perencanaan kebidanan merupakan tugas lanjut dari perawatan setelah mengumpulkan data yang bertujuan untuk memenuhi kebutuhan ibu sesuai dengan pengkajian yang telah dilakukan. Pada tahap ini ditetapkan tujuan dan alternatif tindakan yang akan dilakukan pada tahap implementasi dalam upaya memecahkan masalah atau mengurangi masalah ibu.

6. Langkah VI Pelaksanaan Langsung Asuhan Dengan Efisien dan Aman

Pada langkah keenam ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah kelima dilaksanakan secara efisien dan aman. Perencanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian lagi oleh klien atau anggota tim kesehatan lainnya. Walau bidan tidak melakukannya sendiri, ia tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya, misalnya dengan memastikan langkah-langkah tersebut benar-benar terlaksana. Dalam situasi dimana bidan berkolaborasi dengan dokter untuk menangani klien dengan komplikasi, maka keterlibatan bidan dalam manajemen asuhan bagi klien adalah tetap bertanggung jawab terhadap terlaksananya rencana asuhan bersama yang menyeluruh tersebut. Manajemen yang efisien akan menyangkut waktu dan biaya serta meningkatkan mutu dan asuhan klien. Kaji ulang apakah semua rencana asuhan telah dilaksanakan.

7. Langkah VII Evaluasi

Pada langkah ketujuh ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai kebutuhan sebagaimana telah

diidentifikasi dalam diagnosa dan masalah. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar efektif dalam pelaksanaannya.

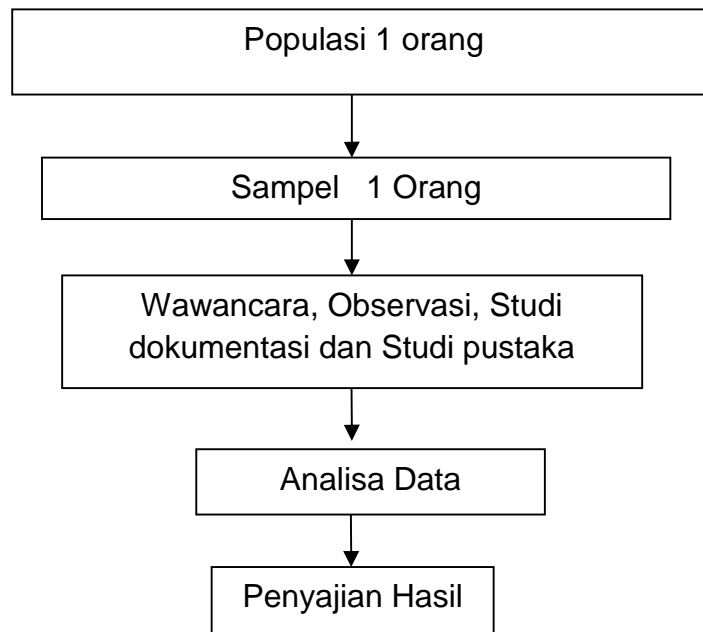
Langkah-langkah proses manajemen umumnya merupakan pengkajian yang memperjelas proses pemikiran yang mempengaruhi tindakan serta berorientasi pada proses klinis, karena proses manajemen tersebut berlangsung didalam situasi klinik dan dua langkah terakhir tergantung pada klien dan situasi klinik, maka tidak mungkin proses manajemen ini dievaluasi didalam tulisan saja (Suryani, 2011).

3.1. DESAIN PENELITIAN DAN RANCANGAN PENELITIAN**3.1.1. Desain penelitian**

Penelitian deskriptif adalah suatu metode penelitian yang dilakukan dengan tujuan utama untuk membuat gambaran tentang suatu keadaan secara objektif. Studi kasus adalah uraian dan penjelasan komperheransif mengenai berbagai aspek seorang individu, suatu kelompok, suatu organisasi (komunitas), suatu program atau situasi sosial. Peneliti studi kasus berupaya menelaah sebanyak mungkin data mengenai subyek yang diteliti. Penelitian kualitatif menggunakan desain penelitian studi kasus dalam arti penelitian difokuskan pada satu fenomena saja yang dipilih dan ingin dipahami secara mendalam, dengan mengabaikan fenomena-fenomena lainnya (Sukmadinata, 2010).

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian deskriptif dengan pendekatan studi kasus yaitu untuk menggambarkan Asuhan Kebidanan Pada Ny. Y.O.L dengan preeklampsia berat diruangan Edelweys RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang, tanggal 09 Januari -15 Januari 2016.

3.2. KERANGKA KERJA



Gambar 3.1. Kerangka kerja penelitian.

3.3. PENGUMPULAN DATA DAN ANALISA DATA

3.3.1. Pengumpulan Data

1. Proses Pengumpulan Data

Setelah mendapat ijin dari ketua STIKes Citra Husada Mandiri Kupang dan Ketua Prodi Kebidanan untuk melakukan Studi Kasus di lahan yang ditujukan kepada kepala ruangan bersalin RSUD Prof. Dr. W. Z. Johanes kupang, untuk melakukan penelitian. Penulis melakukan permohonan ijin kepada kepala ruangan bersalin dan melakukan pendekatan pada calon responden dengan menjamin kerahasiaan identitas responden. Setelah mendapat persetujuan dari responden, penulis melakukan

pengumpulan data dengan melakukan wawancara pasien dan observasi secara langsung.

2. Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen dalam penelitian ini adalah menggunakan lembar pengkajian post partum. Lembar pengkajian ini terdiri dari data subjektif dan data objektif. Untuk mendapatkan data subjektif maka dilakukan anamnese atau wawancara dengan pasien atau keluarga dengan menanyakan beberapa pertanyaan, sedangkan untuk data objektif dilakukan observasi secara langsung pada pasien.

3. Waktu dan Tempat Penelitian

a. Waktu Penelitian

Penelitian dilaksanakan pada bulan Januari 2016.

b. Tempat penelitian

Lokasi Studi Kasus merupakan tempat dimana pengambilan kasus tersebut dilaksanakan. Penelitian ini dilakukan diruangan bersalin RSUD Prof. DR. W. Z.Johannes Kupang, Propinsi Nusa Tenggara Timur.

4. Subjek Studi Kasus

Subjek Studi Kasus merupakan hal atau orang yang akan dikenai kegiatan pengambilan kasus. Subjek dalam Studi Kasus ini dilakukan pada Ibu inpartu dengan Preeklampsia berat.

3.3.2. Analisa Data

Data dianalisa berdasarkan hasil pengkajian untuk menentukan diagnosa dan tindakan.

3.4. ETIKA PENELITIAN

Menurut Hidayat, (2010) etika penelitian:

1. Informed Consent (Persetujuan)

Informed consent merupakan bentuk persetujuan antara pasien dengan responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan informed consent tersebut, diberikan sebelum penelitian untuk menjadi responden. Tujuan informed consent adalah agar subjek mengerti maksud dan tujuan penelitian, mengetahui dampaknya.

2. Anonimily (Tanpa Nama)

Masalah etika Kebidanan merupakan masalah yang memberikan jaminan dalam penggunaan subjek penelitian dengan cara tidak memberikan dan mencantumkan nama responden pada lembar alat ukur dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang akan disajikan.

3. Confidentiality (Kerahasiaan)

Masalah ini merupakan masalah etika dengan memberikan jaminan kerahasiaan hasil penelitian baik informasi maupun masalah-masalah lainnya.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

4.1.HASIL PENELITIAN

4.1.1 Gambaran Lokasi Penelitian

Lokasi penelitian studi kasus dilakukan di ruangan bersalin, RSUD Prof.Dr. W. Z Johannes Kupang, Propinsi Nusa Tenggara Timur (NTT).

1. Ketenagakerjaan di ruangan Bersalin
 - a. Dokter spesialis kandungan berjumlah 5 orang
 - b. Bidan berjumlah 45 orang.

Sistem kerja petugas kesehatan ini menggunakan pembagian 3 sif jaga, yakni pagi (pukul 07.00-14.00 wita), siang (pukul 14.00-21.00 wita) dan malam (pukul 21.00-07.00 wita). Jumlah tenaga bidan 4-5 orang/ sif dan dokter 1 orang/ sif setiap harinya.

2. Fasilitas di ruangan bersalin

Fasilitas yang tersedia di ruangan bersalin terdiri dari:

- a. Bed 15 buah.
- b. Lemari penyimpanan obat-obatan 1 buah
- c. Troli tempat penyimpanan alat pemeriksaan Vital sign, gunting, plester, alcohol, larutan klorin, safety box, tempat sampah medik dan non medik (1 buah).

4.1.2 Hasil Penelitian Studi Kasus

1. Pengkajian

Pada tanggal 09 Januari 2016 pukul 21.45 wita terima pasien dari ruang triase sudah terpasang MgSO₄ 6 gram 40% dan dilakukan pengkajian pada pasien dan didapat Ny. Y.O.L sekarang berusia 27 tahun, agama kristen protestan, ibu berasal dari Rote, pendidikan terakhir SMA, saat ini ibu bekerja sebagai ibu rumah tangga, tinggal di Oesapa. Suami bernama Tn. J.T.M sekarang berusia 28 tahun, agama Kristen protestan, suami berasal dari Rote, pendidikan terakhir SMA, pekerjaan PNS, tinggal bersama istri di Oesapa. Ibu mengatakan sekitar pukul 20.00 wita ibu merasakan sakit kepala, leher tegang, nyeri ulu hati, dan ada pembengkakan pada kaki dan tangan. Ibu mengatakan haid pertama berumur 12 tahun, haid berlangsung teratur selama 5-6 hari dengan sifat encer, mengganti pembalut 3 kali/hari. Hari pertama haid terakhir tanggal 19-04-2015, dan Tafsiran Partus tanggal 26-01-2016.

Ibu mengatakan sudah menikah sah selama \pm 7 tahun, umur saat menikah 21 tahun dan ini adalah pernikahan pertamanya. Ibu pernah menggunakan alat kontrasepsi suntikan selama 3 tahun namun berhenti karena ibu dan suami ingin punya anak lagi. Riwayat kesehatannya ibu dan keluarga tidak pernah menderita

penyakit seperti penyakit jantung, hipertensi, hepatitis, HIV/AIDS, dan tidak pernah operasi dan lain-lain. Riwayat kehamilan dan persalinan yang lalu dan sekarang ibu hamil anak ketiga memiliki 2 anak yang hidup, semua anak dilahirkan dengan proses normal. Dukungan keluarga: keluarga sangat mendukung dan memberi support kepada ibu agar dapat menerima kondisinya dengan menjaga ibu selama dirawat di rumah sakit. Pengambilan keputusan dalam keluarga adalah suami.

Pemeriksaan sebagai data objektif telah dilakukan dengan hasil pemeriksaan sebagai berikut pemeriksaan umum yaitu keadaan umum ibu baik terlihat sedikit cemas, kesadaran composmentis, bentuk tubuh lordosis, tanda-tanda vital yaitu tekanan darah 170/100 mmHg, suhu 37 °C, nadi 82 kali/menit, pernafasan 20 kali/menit.

Pemeriksaan fisik dengan cara pemeriksaan inspeksi hasilnya kepala tidak ada kelainan tidak ada nyeri tekan. Wajah tidak pucat, ada oedema tidak ada cloasma gravidarum, mata conjungtiva merah muda dan sclera putih, mukosa bibir lembab, tidak ada karies dan karang gigi. Leher tidak ada pembesaran kelenjar limfe tidak ada pembesaran kelenjar tiroid serta tidak ada pembendungan vena jugularis. Payudara simetris, membesar, areola mammae hiperpigmentasi, puting susumenonjol, abdomen

tidak ada bekas luka operasi dan ada linea nigra, ekstremitas bawah ada oedema dan tidak ada varises.

Pemeriksaan palpasi hasilnya kepala tidak ada kelainan, wajah ada oedema, leher tidak ada pembesaran kelenjar limfe, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid serta tidak ada pembendungan vena jugularis, tidak ada pembengkakan pada payudara, tidak dilakukan pengecekan colostrum, abdomen tidak ada kelainan, Leopold I tinggi fundus uteri 3 jari dibawah px (33 cm) pada fundus teraba lunak, kurang bulat dan tidak melenting (bokong), Leopold II pada perut ibu bagian kiri teraba keras, datar dan memanjang seperti papan (punggung), dan pada perut ibu bagian kanan teraba bagian terkecil janin (ekstremitas), Leopold III pada perut ibu bagian bawah teraba keras, bulat, dan melenting (kepala). Dan pada Leopold IV kepala sudah masuk PAP, penurunan kepala 4/5, ekstremitas atas dan bawah tidak ada varises, ada edema. Pemeriksaan Auskultasi DJJ (+) 132x/menit. Pemeriksaan Perkusi refleks patella kiri (+) kanan (+). Pada pemeriksaan lab diketahui HB 11.1gr%, protein Urin (-).

2. Interpretasi Data Dasar

Berdasarkan hasil pengkajian data didapatkan diagnosa yaitu G3P2A0AH2 UK 37-38 minggu, janin tunggal hidup, intrauterin, presentasi kepala dengan

Preeklamsia berat. Data dasar yang mendukung diagnosa ini adalah data subjektif yaitu ibu mengatakan hamil anak ketiga tidak pernah keguguran, anak yang hidup 2 orang. Ibu mengatakan bahwa HPHT tanggal 19-04-2015. Ibu mengeluh merasakan sakit kepala, leher tegang, nyeri ulu hati, serta pembengkakan pada wajah dan daerah kaki. Data objektif yang menunjang diagnosa adalah dari hasil pemeriksaan TTV diketahui: Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, TD 170/100 mmHg, N 82x/menit, S 37.0°C, RR 20x/menit. Pada pemeriksaan Lab diketahui HB 11.1gr%, Protein Urin (-).

3. Antisipasi Masalah Potensial

Antisipasi masalah potensial pada G3P2A0AH2 UK 37-38 minggu, janin tunggal hidup, intrauterin, presentasi kepala dengan PEB yaitu resiko pada ibu dengan eklamsia, dan pada janin terjadi gawat janin.

4. Tindakan Segera

Pantau tanda-tanda impending eklampsia. Pantau DJJ untuk memantau keadaan janin. Pantau tanda-tanda vital, melakukan kolaborasi dengan dokter: pemasangan infuse Ringer laktat 500ml, pemberian MgSO₄ 6 gram.

5. Perencanaan Tindakan

Perencanaan pada ibu G3P2A0AH2 UK 37-38 minggu, janin tunggal hidup, intrauterin, presentasi kepala

dengan PEB adalah informasikan hasil pemeriksaan pada ibu, rasionalnya informasi yang tepat dan jelas merupakan hak ibu dan keluarga agar lebih kooperatif dalam pemberian asuhan. Anjurkan ibu untuk makan dan minum. Rasionalnya Makanan dan minuman adalah penambah energi pada ibu dalam menghadapi persalinan. Anjurkan ibu untuk istirahat yang cukup. Rasionalnya istirahat yang cukup dapat membantu ibu agar tidak kecapaian. Lakukan observasi keadaan umum ibu dan janin. Rasionalnya observasi keadaan ibu dan janin dapat mengantisipasi tidak terjadinya komplikasi. Dokumentasi hasil pemeriksaan. Rasionalnya sebagai bahan bukti dan tanggung jawab terhadap asuhan yang diberikan.

6. Pelaksanaan Tindakan

Pelaksanaan pada ibu G3P2A0AH2 UK 37-38, janin tunggal hidup, intrauterin, presentasi kepala dengan PEB yaitu Menginformasikan hasil pemeriksaan pada ibu yaitu TTV TD:170/100 mmHg, S:37x/menit, N:82 x/menit, RR:20 x/menit, DJJ:132 x/menit. Menganjurkan ibu untuk makan dan minum. Menganjurkan ibu untuk istirahat yang cukup. Ibu mengikuti anjuran yang diberikan. Melakukan observasi yaitu pada pukul 02.00 wita buang urin 600 cc. Pukul 04.35 wita ganti RL drip MgSO₄ 40% 6 gram flash pertama habis sambung dengan RL drip MgSO₄ 40% 6

gram flash kedua. Pukul 08.00 wita ibu minum air putih 160 cc. Infus RL drip MgSO₄ 40% 6 gram flash kedua habis sambung dengan RL drip MgSO₄ 40% 6 gram flash ketiga. Mendokumentasikan hasil tindakan.

Tanggal 10 Januari 2016 pukul 08.30 wita:S: Ibu mengatakan sakit kepala, nyeri ulu hati, leher tegang, belum ada kontraksi, belum ada pembukaan, ketuban belum pecah. O: keadaan umum ibu baik, kesadaran: composmentis, TTV TD:160/100 mmHg, N:80 x/menit, RR:18 x/menit, DJJ:150 x/menit. A: G3P2A0AH2 UK 37-38 minggu, janin tunggal hidup, intrauterin, letak kepala dengan preeklampsia berat.P: Memberikan ibu makan dan minum, ibu makan nasi, sayur, ikan dengan porsi 1 piring, minum air putih 4-5 gelas/ hari. Menganjurkan ibu untuk istirahat yang cukup, ibu istirahatnya baik. Melakukan kolaborasi dokter SpOG untuk pemberian terapi hasilnya; lanjutkan pemberian MgSO₄ sesuai protap, lanjutkan pemantauan urin, lanjutkan induksi oksitosin 5 IU didalam cairan RL, pemberian nifedipin bila TD > 160/100 mmHg, KIE, observasi keadaan ibu dan janin hasilnya; KU ibu baik, DJJ 151 x/menit. Pukul 08.45 wita memasang infus di tangan kiri RL drip oksitosin 5 IU 20 tetes/menit. Pukul 14.45 wita buang urin 860 cc. Ibu minum air putih 400 cc. Pukul 17.00 wita RL drip MgSO₄ 40% 6 grm flash ketiga

habis ganti dengan RL drip MgSO₄ 40% 6 gram flash ke empat. Pukul 23.00 wita RL drip MgSO₄ 40% 6 gram flash keempat habis sambung MgSO₄ 40% 6 gram flash kelima. Ibu minum air putih ± 600 cc. Buang urin 1140 cc.

Tanggal 11 Januari 2016 Pukul 05.00 wita RL drip MgSO₄ 40% 6 gram flash kelima habis sambung MgSO₄ 40% 6 gram flash ke enam. Pukul 06.00 wita S: Ibu mengatakan sakit kepala, nyeri ulu hati, leher tegang, belum ada kontraksi, belum ada pembukaan, ketuban belum pecah. O: keadaan umum ibu baik, kesadaran: composmentis, TTV TD:150/100 mmHg, N:80 x/menit, RR:18 x/menit, DJJ:149 x/menit. A: G3P2A0AH2 UK 37-38 minggu, janin tunggal hidup, intrauterin, letak kepala dengan preeklampsia berat. P: Memberikan ibu makan dan minum, ibu makan nasi, sayur, telur dengan porsi 1 piring, minum air putih ± 150 cc, buang urin 160 cc. Menganjurkan ibu untuk istirahat yang cukup, ibu istirahatnya baik. Pukul 06.45 wita Melayani nefedipin 1 tablet/oral. Observasi keadaan ibu dan janin hasilnya; KU ibu baik, DJJ 139 x/menit. Pukul 07.15 wita terpasang infus RL drip MgSO₄ 40% 6 gram flash keenam, DC (+), TD:160/100 mmHg, diberikan nefedipin, rencana drip oksitosin (keluarga masih runding dan penundaan tanda tangan). Pukul 07.40 wita Visite dokter SpOG advis: Terminasi kehamilan (induksi

oksitosin), KIE. Pukul 09.00 wita KIE untuk induksi oksitosin, suami masih minta tunda tunggu siang kakaknya datang. Pukul 11.00 wita Infus RL drip MgSO₄ 6 gram flash keenam habis sambung RL drip MgSO₄ 6 grm flash ketujuh. Pukul 11.05 wita buang urin 1200 gram. Pukul 11.20 wita observasi TTV. Pukul 12.00 wita melayani makan minum. Pukul 14.00 wita menerima overan dari dinas pagi. Mengobservasi KU pasien baik, kesadaran composmentis, terpasang IUFD RL drip MgSO₄ 40% flash ketujuh, terpasang DC, terminasi kehamilan (keluarga masih berunding), nefedipin sesuai jadwal, TD:130/80 mmHg, DJJ 140 x/menit, S:36,8°C, N:82 x/menit. Pukul 14.15 wita observasi TD: 130/90 mmHg, tunda pemberian nefedipin. Pukul 16.30 wita melakukan KIE ulang untuk pemberian oksitosin drip (keluarga masih berunding). Tanda tangan persetujuan tindakan oleh suami. Mengobservasi DJJ 151 x/menit. Pukul 16.35 wita mengobservasi DJJ 140 x/menit. Melapor dokter SpOG untuk konfirmasi terminasi, advisnya bila ada tanda-tanda impending eklamsi lapor dokter SpOG. Pukul 16.40 wita melapor ulang dokter SpOG advisnya:MgSO₄ stop ganti RL dengan pertimbangan protein urinnya negatif dan TD:130/90 mmHg, produksi urin baik, kalau setuju besok pagi baru drip oksitosin. KIE untuk induksi bila keluarga masih berunding, tanda tangan.

Observasi DJJ 146 x/menit. Pukul 17.00 wita melakukan terapi keluarga (masih berunding). Mengobservasi DJJ 141 x/menit. Mengganti infus RL drip MgSO₄ flash ke tujuh dengan RL kosong, jalan baik. Pukul 17.15 wita melakukan terapi keluarga (KIE pra induksi) – ACC. Tanda tangan persetujuan tindakan. Pukul 17.30 wita melayani resep – Keluarga ada pulang rumah. Mengobservasi DJJ 146x/menit. Mengobservasi TTV S: 36°C, N: 88x/m, TD: 160/100 mmHg. Membuang urine sebanyak 640 cc. Melayani Nifedipin 1 tablet/oral. Pukul 18.00 wita melayani makan-minum. Mengobservasi DJJ 141x/menit. Pukul 19.00 wita mengobservasi DJJ 150x/menit. Pukul 19.30 wita mengobservasi DJJ 131x/menit. Melayani resep-Keluarga sementara keapotik. Pukul 20.00 wita melayani Miso ¼ tablet/vaginam. Mengobservasi TTV TD:160/100 mmHg, S: 36,8°C, N: 80x/menit. Mengobservasi DJJ 150 x/menit, melakukan vulva vagina. Melakukan pemeriksaan dalam: V/V tidak ada kelainan, portio tebal, pembukaan seujung jari. Pukul 21.00 wita overan: terpasang infus RL kosong, terpasang keteter, protein urin (-), TD:160/100 mmHg, misoprostol ¼ tablet/vaginam 6 jam kemudian 1/8 tablet visitenya (paginya dokter Jansen evaluasi). Pukul 21.30 wita mengobservasi DJJ 143 x/menit. TD: 170/110 mmHg. Pukul 22.00 wita membuang urin 900 cc.

Tanggal 12 Januari 2016 pukul 05.30 wita S: ibu mengatakan merasa mual, pusing. O: KU ibu baik, S:36,8°, N:87 x/m, TD: 180/140 mmHg – pemberian nefedipin 1 tablet, DJJ 140x/menit. Terpasang infus RL kosong jalan baik, terpasang DC.A: G3P2A0A UK 37-38 minggu + PEB. P: Memberikan ibu makan dan minum, ibu makan nasi, sayur, ikan dengan porsi 1 piring, minum air putih ± 400 cc, buang urin 550 cc. Menganjurkan ibu untuk istirahat yang cukup, ibu istirahatnya baik. Pukul 09.45 wita melakukan kolaborasi dokter SpOG untuk pemberian terapi hasilnya;Oksitosin drip – 5 IU dalam RL 500 cc- 40 tetes/menit, Dopamet 3x500 mg, Pukul 10.00 wita KIE oleh dokter SpOG pada suami pasien, KIEnya diterima, tanda tangan. Pukul 10.15 wita pasien pindah VK. Pukul 10.30 wita Observasi TD:160/100 mmHg, DJJ 148 x/menit, pemeriksaan dalam: V/V tidak ada kelainan, portio tebal lunak, pembukaan 1-2 cm, kantong ketuban utuh, kepala TH I. Pukul 10.45 wita mengaff infus RL kosong sambung RL drip oksitosin 5 IU flash pertama 8 tetes/menit. Pukul 11.00 wita DJJ 145 x/menit, dinaikan tetesan infus 12 tetes/menit, his (-). Pukul 11.15 wita Observasi DJJ 148x/menit, dinaikan tetesan infus 16 tetes/menis, his (-). Pukul 11.30 wita Observasi DJJ 145 x/menit, tetesan infus dinaikan 20 tetes/menit, his (-). Pukul 11.45 wita Observasi

DJJ 146x/menit, tetesan infus dinaikan 24 tetes/menit, his (-). Pukul 12.00 wita Observasi DJJ 145x/menit naikan tetesan infus 28 tetes/menit, hisnya positif 1 kali dalam 10 menit lamanya 15-20 detik. Observasi TTV TD:130/80 mmHg, S:36,8°C, N:82 x/menit. Ibu minum air putih 150 cc. Pukul 12.15 wita Observasi DJJ 146x/menit, tetesan infus dinaikan 32 tetes/menit, hisnya positif 1 kali dalam 10 menit lamanya 15-20 detik. Pukul 12.30 wita Observasi DJJ 145 x/menit naikan tetesan infus 36 tetes/menit, hisnya positif 1 kali dalam 10 menit dengan durasi 15-20 detik. Pukul 12.45 wita Observasi DJJ 147x/menit, tetesan infus dinaikan 40 tetes/menit hisnya positif 1 kali dalam 10 menit dengan durasi 15-20 detik. Pukul 13.00 wita Ibu minum air putih 100 cc. Pukul 13.15 wita Observasi DJJ 150 x/menit hisnya positif 1 kali dalam 10 menit durasi 15-20 detik. Pukul 13.45 wita Observasi DJJ 154x/menit, his positif 1 kali dalam 10 menit lamanya dalam 10 menit durasi 15-20 detik. Pukul 14.00 wita buang urin 570 cc. Melakukan overan dinas mengobservasi pasien, KU baik, terpasang infus RL drip oksitosin 5 IU flash pertama 40 tetes/menit. VT di jam 10.00 wita pembukaan 1-2 cm, KK (+), kepala TH I, terpasang DC, TD:120/80 mmHg, protein urin negatif, nifedipin sesuai jadwal. Mengobservasi DJJ 157x/menit. Mengobservasi TD:170/100 mmHg, melayani nefedipin 10 mg/oral. Pukul

15.00 wita melakukan aff infus oleh karena phelbitis. Memasang ulang infus dengan abocet no 18 dengan cairan RL drip oksitosin 5 IU flash pertama 40tetes/menit- berhasil. Melap ibu di tempat tidur. Pukul 15.45 wita melakukan VT evaluasi V/V tidak ada kelainan, portio tebal, pembukaan 2 cm, KK (+), kepala TH I, observasi his (-), DJJ 148 x/menit. Pukul 16.00 wita Observasi his (-) DJJ 144x/menit. Pukul 16.30 wita Observasi his (-), DJJ 150x/menit. Pukul 17.00 wita Observasi his (-), DJJ 148x/menit. Pukul 17.30 wita Observasi his (-), DJJ 142x/menit, TD:150/90 mmHg. Lapor dokter SpOG karena drip RL oksitosin 5 IU pertama habis advisnya:KIE keluarga lanjut drip atau SC, KIE pada suami tetapi suami masih pulang rumah, mengganti RL drip oksitosin flash pertama dengan RL kosong asnet. Pukul 18.00 wita mengobservasi TTV TD:150/100 mmHg, S:36,7°C, N:71xmnenit. Buang urin 570 cc. Ibu minum air putih 400 cc. Observasi DJJ 144xmnenit. Pukul 19.00 wita mengobservasi his (-), DJJ 150x/mnit. Pasien dan suami minta lanjut dirangsang dulu (selesai makan). Pukul 19.30 wita mengobservasi his (-), DJJ 148x/menit. Drip oksitosin 5 IU dalam RL flash kedua 40 tetes/menit. Pukul 20.00 wita Observasi his (-), DJJ 150x/menit. Pukul 20.45 wita VT: V/V tidak ada kelainan, portio tebal lunak, pembukaan 2 cm, KK (+) melekat, kepala TH I. Pukul 21.00 wita menerima overan

dari dinas sore. Mengobservasi KU pasien yaitu: KU baik, terpasang infus RL drip oksitosi 5 IU flash kedua 40 tetes/menit, protein urin (-), terpasang keteter, pukul 20.45 wita VT pembukaan 2 cm, KK (+) melekat, kepala TH I, DJJ 154x/mnit, nefedipin sesuai jadwal, TD:150/90 mmHg. Pukul 21.10 wita mengobservasi TD:140/80 mmHg, DJJ 134x/menit, his (-). Mengatur ulang tetesan 40 tetes/menit. Pukul 22.00 wita mengobservasi TD:170/110 mmHg. DJJ 155x/menit, his 2 kali dalam 10 menit lamanya 15 detik. Melayani nefedipin 1 tablet. Pukul 23.00 wita Infus RL drip oksitosin flash kedua habis klem. Pukul 23.05 wita VT: V/V tidak ada kelainan, portio tebal lunak, pembukaan 2 cm, KK (+) melekat, kepala TH II. Mengobservasi DJJ 157x/menit. Pukul 23.10 wita mengganti RL drip oksitosin dengan RL kosong. Pukul 00.00 wita mengobservasi his (-), DJJ 160x/menit.

Tanggal 13 Januari 2016 Pukul 01.00 wita mengobservasi his (-), DJJ 152x/menit. Pukul 02.00 wita observasi his (-), DJJ 156x/menit. Pukul 03.00 wita observasi his (-), DJJ 158x/menit. Pukul 04.00 wita mengobservasi his (-), DJJ 158x/mnit. VT V/V tidak ada kelainan, portio tebal lunak, pembukaan 2 cm, KK (+) melekat, kepala TH II. Pukul 05.00 wita mengobservasi his (-), DJJ 157x/menit. Mengobservasi TTV S: 37°C,

N:90x/mnit, TD:160/110 mmHg. Pukul 05.10 wita Visite dokter Jansen SpOG advis:Amniotomi – putih keruh, VT: pembukaan 2 cm, efficement portio 75%, KK (-), kepala TH I. Dopamet 3x500 mg. Observasi TTV,his, DJJ. Pukul 05.30 wita buang urin 800 cc. Pukul 06.15 wita Infus hematom aff, DJJ 153x/mnit. Memasang infus RL drip oksitosin 5 IU 8 tetes/menit seri kedua flash pertama. Pukul 06.30 wita mengobservasi DJJ 152x/menit infusnya dinaikan tetesa 10 tetes/menit. Pukul 06.45 wita tetesan infus dinaikan 16 tetes/menit. Pukul 07.00 wita mengobservasi DJJ 153x/menit tetesanya dinaikan 20 tetes/menit, TD:150/100 mmHg. Pukul 07.15 wita tetesan infus dinaikan 24 tetes/menit. Pukul 07.30 wita tetesan infus dinaikan 28 tetes/menit, DJJ 153x/mnit. S:ibu mengatakan perutnya terasa kencang-kencang, gerakan janin aktif. O: KU baik, observasi his (+), DJJ 150x/mnit terpasang infus RL drip oksitosin 5 IU flash pertama seri kedua 28 tetes/menit, terpasang keteter, TD:160/110 mmHg, protein urin (-), KK (+), amniotomi, cairan putih keruh, kepala TH I,nifedipin stop, dopamet 3x500 mg. A: G3P2A0 UK 37-38 minggu inpartu fase laten + preeklampsia berat + induksi. P: observasi KU, DJJ 150 x/menit, siapkan visite dokter. Pukul 07.45 wita mengobservasi his 2 kali dalam 10 menit durasi 15-20 detik, DJJ 152x/menit, tetesan infus dinaikan 32

tetes/menit. Pukul 08.00 wita mengobservasi his 2 -3 kali durasi 20-25 detik, DJJ 130x/menit, tetesan infus dinaikan 36 tetes/menit. Pukul 08.15 wita mengobservasi his 2-3 kali durasi 20-25 detik, DJJ 148x/mnit, tetesan infus dinaikan 40 tetes/menit. Pukul 08.30 wita mengobservasi his 3 kali dalam 10 menit durasi 30-35 detik. Pukul 09.00 wita S: ibu mengatakan ingin meneran. O: VT V/V tidak ada kelainan, portio tidak teraba, pembukaan lengkap, KK (-), Kepala TH IV, dorongan meneran, tekanan anus, vulva membuka, perinium menonjol. A: Kala II. P: pimpin persalinan: 1. Melakukan persiapan alat dan bahan partus set, heating set, alat resusitasi, dan alat vaccum. Saff I: baki berisi partus set (hand scond steril, ½ koher, gunting tali pusat, gunting episiotomi, klem 2 buah, penjepit tali pusat 1 buah, dan kasa secukupnya), funduscope, betadin, kapas sublimat, air DTT, clorin spre, obat-obatan esensial dan dispo 1 cc, 3 cc, 5 cc dan jam. Saff II: baki berisi heating set (gunting benang, pinset 2 buah, neelfuder, dan kasa secukupnya), benang cut gut chromic pada tempatnya, tensi meter, stetoskop, termometer, dan tempat ampul bekas. Saff III: keranjang bersih berisi pakaian ibu dan bayi, APD (topi, kaca mata, masker, celemek, dan sepatu boot). PI: tempat sampah 2 buah (medis dan non medis), com berisi larutan clorin 0,5% dan com berisi air bersih. Alat

resusitasi meliputi: Meja yang bersih, keras, datar. 2 helai kain/ handuk. Bahan ganjal bahu bayi. Bahan ganjal dapat berupa kain, kaos, selendang, handuk kecil, digulung setinggi 5 cm dan mudah disesuaikan untuk mengatur posisi kepala bayi. Alat pengisap lendir delee/ bola karet: tabung dan sungkup atau balon, Kotak alat resusitasi, Lampu sorot, Jam. Menyiapkan alat vaccum ekstraksi: 1. Duk 3 buah (1 untuk alas meja, 1 untuk alat perut ibu, dan 1 untuk alas bokong), 2. Alat partus, 3. Spekulum sims, 4. Vester klem yang panjang, 3 buah, 5. Nelfulder, 6. Pinset 2 buah (anatomis dan sirurgis), 7. Gunting benang, 8. Jarum otot dan jarum kulit, 9. Benang catgut chromic, 10. Com berisi betadin, 11. Cap vacum, 12. Selang penghubung 2 buah panjang (panjang dan pendek), 13. Botol yang memiliki 3 saluran dan untuk menampung cairan yang disedot, 14. Sarung tangan 4 pasang, 15. Dispo 3 cc, 5 cc, 10 cc, 16. Obat-obatan (oksitosin, ergometrin, uterotonika dan aquades). Menyiapkan perlengkapan ibu dan bayi: Untuk ibu: 1 buah handuk bersih, celana dalam berisi pembalut, baju, 2 buah kain kering dan bersih. Untuk bayi: kain 5 buah, kaos kaki, kaos tangan, loyot dan topi, melakukan pertolongan persalinan dengan menggunakan 58 langkah S: ibu mengatakan adanya rasa dorongan ingin meneran seperti BAB, keluar lendir bercampur darah dari

jalan lahir. O: Perinium menonjol, vulva dan anus membuka, cairan ketuban keruh. His 5 kali dalam 10 menit lamanya 55 detik dan DJJ 136 x/menit, tekanan darah 170/100 mmHg. VT: V/V tidak ada kelainan, portio tidak teraba, pembukaan lengkap, kantong ketuban (-), letak kepala, posisi ubun-ubun kecil didepan, tidak ada molase, TH IV.A: Kala II. P: Memastikan Kelengkapan Alat, Siap diri, Siap keluarga, melakukan pertolongan persalinan sesuai 58 langkah asuhan persalinan normal. Melaporkan hasil pada dokter Laurens SpOG, melepaskan douer keteter (460 cc). Mengobservasi TD:160/90 mmHg. Pukul 09.02 wita, Melakukan penanganan kala II (pukul 09.02 wita). 1) Memeriksa kelengkapan alat pertolongan persalinan . 2) Memakai APD (celemek, topi, masker, kaca mata dan sepatu boot). 3) Memastikan tangan tidak memakai perhiasan, mencuci tangan menggunakan sabun dan air mengalir kemudian keringkan tangan dengan menggunakan handuk yang kering dan bersih. 4) Memakai sarung tangan DTT pada tangan kanan dipergunakan untuk mengisap oksitosin setelah itu simpan kembali kedalam wadah partus set. 5) Dekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang bersarung tangan kedalam larutan klorin 0,5% lalu cuci kembali tangan dengan sabun dan air mengalir lalu keringkan. 6) Memastikan DJJ setelah

kontraksi uterus. Frekuensi 146 x/menit. 7) Memberitahukan kepada ibu bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik, dan meminta ibu untuk meneran saat ada his apabila ibu sudah ada rasa ingin meneran. 8) Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi setengah duduk dan pastikan ibu merasa nyaman. 9) Memimpin ibu untuk meneran saat ada dorongan meneran. 10) Menganjurkan ibu untuk mengambil posisi yang nyaman apabila ibu merasa ada dorongan kuat untuk meneran. 11) Meletakkan handuk bersih diatas perut ibu disaat kepala janin sudah terlihat pada vulva dengan diameter 5-6 cm. 12) Meletakkan kain bersih yang dilipat 1/3 dan diletakan dibawah bokong ibu 13) Membuka partus set dan memperhatikan kembali perlengkapan alat dan bahan. 14) Memakai sarung tangan DTT pada kedua tangan. 15) Setelah tampak kepala janin 5-6 cm vulva membuka, maka lindungi perinium dengan satu tangan yang dilapisi kain kering dan bersih. Tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan posisi defleksi dan membantu melahirkan kepala. Anjurkan ibu untuk meneran perlahan atau bernapas cepat dan dangkal. 16) Memeriksa ada lilitan tali pusat pada leher ternyata tidak ada lilitan tali pusat. 17) Menunggu hingga kepala melakukan putar paksi luar secara spontan. 18) Setelah kepala melakukan putar paksi luar, pegang kepala bayi

secara biparietal. Mengajukan ibu untuk meneran saat ada kontraksi. Dengan lembut gerakan tangan kearah bawah dengan distal hingga bahu depan muncul dibawah arkus pubis dan kemudian gerakan tangan kearah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang. 19) Setelah kedua bahu lahir, geser tangan bawah kearah perinium ibu untuk menyangga kepala, lengan dan siku sebelah bawah. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas. 20) Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut kepinggung, bokong, tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki (memasukan telunjuk diantara kaki dan pegang masing-masing mata kaki dengan ibu jari dan jari-jari lainnya). 21) Melakukan penilaian ternyata bayi lahir segera menanggapi dan bergerak aktif. 22) Meletakkan bayi di atas perut ibu yang di alasi dengan handuk. 23) Mengeringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya, kecuali tangan tanpa membersihkan verniks kasiosa, mengganti handuk basah dengan kain kering dan membiarkan bayi di atas perut ibu. 24) Memeriksa kembali uterus untuk mengecek apakah masih ada bayi lagi ternyata bayi tunggal. 25) Beritahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi dengan baik. 25) Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikan oksitosin 10 IU

secara Intramuskular di 1/3 paha atas bagian distal lateral (melakukan aspirasi sebelum menyuntikkan oksitosin). 26)

Setelah 2 menit pasca salin meraba tali pusat sudah tidak berdenyut lalu jepit tali pusat dengan klem pertama dengan jarak 3 cm dari pangkal pusat dan mendorong isi tali pusat ke arah distal ibu dan jepit kembali tali pusat yang kedua dengan jarak 2 cm dari klem pertama. 27) Dengan satu tangan, pegang tali pusat yang dijepit lalu lindungi perut bayi dan melakukan pengguntingan tali pusat di antara ke dua klem tersebut. Menjepit tali pusat menggunakan penjepit tali pusat, setelah itu melepaskan klem dan memasukkan ke dalam wadah yang telah di sediakan. 28)

Meletakkan bayi tengkurap di dada ibu. 29) Luruskan bahu bayi sehingga bayi menempel di dada ibu. Usahakan kepala bayi berada di antara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting payudara ibu. 30) Menyelimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan memasang topi pada kepala bayi.

Pukul 09.12 wita bayi lahir spontan pervaginam dengan bantuan induksi, letak kepala, bayi perempuan lahir langsung menangis kuat dan bergerak aktif A/S 8/9. Mengaff

DC- urin tidak dibuang S: Ibu mengatakan senang dengan bayi yang baru saja dilahirkan. O: KU : baik, kesadaran : composmentis, TFU setinggi pusat, kontraksi uterus baik, perdarahan sedikit, plasenta belum lahir. A: Kala III. P:

Melakukan peregangan tali pusat terkendali dan lahirkan plasenta. 31) Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva. 32) Meletakkan satu tangan di atas kain pada perut ibu di tepi symphysis untuk mendeteksi. Tangan lain menegangkan tali pusat. 33) Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus ke arah belakang atas atau dorso kranial secara hati-hati untuk mencegah inversio uteri. 34) Melakukan penegangan dan dorongan dorso kranial hingga plasenta terlepas, meminta ibu untuk meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian ke arah atas, mengikuti poros jalan lahir (tetap melakukan tekanan dorso kranial). 35) Setelah plasenta tampak pada introitus vagina, teruskan melahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpinl kemudian melahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan. 36) Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, letakkan telapak tangan di atas fundus dan melakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi maksimal 15 detik. 37) Memeriksa plasenta bagian maternal maupun bagian fetal dan memastikan plasenta dan selaputnya lahir lengkap dan utuh setelah itu memasukkan plasenta ke dalam kantong

plastik. 38) Mengevaluasi kemungkinan adanya perdarahan pervaginam. Pukul 09.20 wita, plasenta lahir spontan, lengkap, dan perdarahan 150 cc. Melakukan masase sebanyak 15 kali. Perdarahan pervaginam (+) banyak, kontraksi uterus lembek. Aff infus RL drip oksitosin 5 IU sambung RL drip oksitosin 20 IU flash pertama tetesannya cepat. S: Ibu mengatakan perutny masih mules, jalan lahir perih. O: KU baik, kontraksi uterus baik, TFU 2 jari bawah pusat. A: Kala IV. P: Lakukan heacting perinium, Melakukan Personal hygiene pada ibu, Observasi TD:160/100 mmHg.

39) Memeriksa kembali kontraksi uterus dan tanda adanya perdarahan pervaginam, ternyata kontraksi uterus baik dan tidak ada perdarahan pervaginam. 40) Menginformasikan kepada ibu bahwa : membiarkan bayi melakukan kontak kulit pada dada ibu paling sedikit 1 jam. 41) Setelah 1 jam inisiasi menyusui dini, mengambil bayi untuk melakukan penimbangan, pengukuran antropometri, memberikan tetes mata antibiotik profilaksis dan Neo K 0,5 mg secara IM pada paha kiri anterio lateral. 42) Setelah 1 jam pemberian Neo K, berikan suntikan Hepatitis B 0,5 ml pada paha kanan antero lateral. 43) Mengajarkan dan menganjurkan ibu dan keluarga untuk melakukan masasse uterus dan menilai kontraksi uterus. 44) Mengevaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah, ternyata perdarahan sedikit. 45)

Memeriksa nadi ibu 82x/menit. 46) Memeriksa kembali untuk memastikan bayi bernafas dengan baik serta suhu tubuh bayi, ternyata frekuensi pernafasan pada bayi 52 x/menit dan suhu tubuh bayi 36,5°C. 47) Melakukan hecting perineum menggunakan benang catgut chromic tanpa anastesi secara jelujur dan merawat luka perineum menggunakan betadin dan menutup dengan kassa steril. 48) Menempatkan semua peralatan bekas pakai ke dalam larutan klorin 0,5 % untuk mendekontaminasi alat selama 10 menit, cuci dan bilas peralatan setelah didekontaminasi. 49) Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai. 50) Membersihkan ibu menggunakan air DTT. Membersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah. Membantu ibu untuk memakai pakaian bersih dan kering. 51) Memastikan ibu merasa nyaman. Membantu ibu memberikan ASI. Menganjurkan keluarga untuk memberikan makanan dan minuman. 52) Mendekontaminasi tempat persalinan dengan larutan klorin 0,5 %. 53) Mencelupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5 %, lalu melepaskan sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5 % dalam keadaan terbalik dan merendamnya selama 10 menit. 54) Mencuci tangan dengan sabun dengan air mengalir. 55) Melengkapi partograf (halaman depan dan belakang), memeriksa tanda

vital dan asuhan kala IV. 56) Memantau keadaan umum ibu : baik, TTV : TD : 170/100 mmHg, N : 80x/menit, S : 36,5°C, TFU setinggi pusat, kontraksi uterus baik, kandung kemih kosong, perdarahan sedikit. Pemantauan dilakukan tiap 15 menit pada jam pertama dan tiap 30 menit pada jam kedua dan mencatat dalam lembar belakang partograf. 57) Mencuci tangan menggunakan air mengalir dan keringkan dengan handuk bersih. 58) Melengkapi partograf. Pukul 09.30 wita Observasi kontraksi uterus (+) lembek. RL drip oksitosin 5 IU flash pertama habis sambung RL drip oksitosin 20 IU flash pertama tetesanya cepat. Pukul 10.15 wita Infus RL drip oksitosin 20 IU flash pertama habis sambung RL drip oksitosin flash kedua. Memasang ulang keteter. Pukul 12.00 wita Observasi TD:150/100 mmHg, S:38°C, N:100 x/menit. Layani paracetamol 1 tablet/oral. Pukul 13.00 wita Observasi suhu 38,6°C. Lapor dokter Jansen SpOG, Advisnya yaitu: Sefo 2x1 gram, Paracetamol/ 4 jam bila panas. Pukul 13.05 wita lakukan skin test sefo taksime. Pukul 13.25 wita reaksi alerginya (-) layani cefotaxime 1 gram/IV. Pukul 14.00 wita Overan : KU baik, terpasang infus RL drip oksitosin 20 IU flash kedua, terpasang keteter, TD:150/100 mmHg, S:38,6°C, sefo sesuai jadwal, paracetamol/ 4 jam bila panas. Pukul 15.00 wita motivasi pasien untuk menyusui bayinya. Observasi

pengeluaran pervaginam (+) sedikit, kontraksi uterus baik. Pukul 18.00 wita Mengobservasi TTV:TD:150/100 mmHg, S:38,2°C, N:88x/menit. Melayani paracetamol 1 tablet/oral. Pukul 18.15 wita buang urin 850 cc. Pukul 19.00 wita Observasi pengeluaran pervaginam (+) sedikit, kontraksi uterus baik. Pukul 20.00 wita Observasi pengeluaran pervaginam (+) sedikit, kontraksi uterus baik. Observasi TD: 150/100 mmHg, S:37,5°C, N:84 x/mnit. Pukul 21.00 wita Pasien pindah diruang Edelweys. Pasien pindahan VK fisiologis dengan postpartum normal 0 hari. Tiba edelweys terpasang infus RL drip oksitosin flash kedua jalan baik, terpasang keteter, membuang urin 750 cc, protein urin (-). Pukul 21.15 wita Observasi TD:150/100 mmHg. Pukul 21.30 wita mengganti infus RL drip oksitosin 20 IU flash kedua dengan RL kosong 500 ml, jalan baik.

Tanggal 14 Januari 2016 Pukul 01.25 wita Injeksi sefo 1 gram/IV. Memotivasi pasien untuk tidur malam. Pukul 03.00 wita pasien minta buka infus dan kateter. Pukul 06.30 wita S: ibu mengatakan pusing berkurang. O: KU baik, kesadaran composmentis, terapi oral (+), pengeluaran pervaginam sedikit. A: postpartum bantuan induksi + PEB hari pertama. P: pukul 07.00 wita memberikan ibu makan dan minum, ibu makan nasi, sayur, ikan dengan porsi 1 piring, minum air putih \pm 440 cc, buang urin 560 cc.

Menganjurkan ibu istirahat yang cukup, ibu istirahatnya baik. Pukul 09.00 wita melakukan kolaborasi dokter SpOG hasilnya; Cek UL, Dopamet 3x250 mg, Amoxilin 3x500 mg, Asamefenamat 3x500 mg, SF 2x1 tablet/ oral, Bcom 2x1 tablet/oral. Observasi KU baik, dan TTV hasilnya TD:140/100mmHg, S:37°C, N:84x/mnit, pengeluaran pervaginam sedikit, Personal hygiene. Pukul 16.00 wita pasien pindah di ruangan Flamboyan. Motivasi pasien untuk menyusui bayinya, menjaga kehangatan bayi. Pukul 21.00 wita menerima overan dinas, mengobservasi KU ibu baik, kontraksi uterus baik, Pengeluaran pervaginam sedikit, melakukan terapi keluarga: menjaga personal hygiene dan Istirahat yang cukup.

7. Evaluasi

Tanggal 15 Januari pukul 06.00 wita S: ibu mengatakan tidak ada keluhan. O: KU ibu baik, kesadaran composmentis, TTV TD:140/100 mmHg, S:37,2°C, N:80x/menit, pengeluaran pervaginam sedikit. A: postpartum bantuan induksi hari kedua + PEB. P: Memberikan KIE: mobilisasi, jaga personal hygiene, kontrol di puskesmas Oesapa 3 hari tanggal 18 Januari 2016, Mengikuti visite dokter Yuni SpOG, Terapy lanjutan dirumah: Nifedipin 3x500 mg, Amoxilin 3x500 mg,

Asamefenamat 3x500 mg, SF 2x1 tablet/oral, Bcom 2x1 tablet/oral. Pukul 08.00 wita pasien boleh pulang.

4.2. PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan peneliti akan membahas mengenai asuhan kebidanan dengan pendekatan manajemen kebidanan menurut 7 langkah Varney, Ny. Y.O.L Umur 27 tahun G3P2A0AH2 UK 37-38 minggu, janin tunggal hidup intrauterin, presentasi kepala, diruang Edelweys RSUD. Prof. WZ. Johannes Kupang tanggal 09 s/d 15 Januari 2016, mulai dari pengkajian, interpretasi data dasar, diagnosa potensial, antisipasi masalah potensial, tindakan segera, perencanaan dan evaluasi.

4.2.1 Pengkajian

Pada kasus didapatkan data pasien yang diantar dari ruang triase dengan preeklampsia berat, UK 37-38 minggu, belum ada pembukaan, penurunan kepala 5/5, KK (-), TD: 170/100 mmHg, protein urin (-), ibu kelelahan, belum ada his.

4.2.2 Interpretasi Data Dasar

Pada kasus Ny. Y.O.L saat diperiksa tekanan darahnya 170/100 mmHg, adanya oedema pada wajah, dan kedua tungkai kaki, protein urin (-), HB 11,1 gr%, KK (-), belum ada pembukaan.

Berdasarkan teori analisa masalah dan diagnosa serta dilihat dari data dasar serta data subyektif yang menunjang

sehingga dapat diambil diagnosa Ny. Y.O.L dengan preeklampsia berat di Ruang Edelweis RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.

4.2.3 Mengidentifikasi Antisipasi Masalah Potensial

Berdasarkan teori dari kasus ibu inpartu dengan preeklampsia berat didapatkan diagnosa potensial yang paling berat yaitu resiko pada ibu dengan eklamsia dan pada janin terdapat gawat janin. Sedangkan dalam kasus Ny. Y.O.L inpartu dengan preeklampsia berat yang telah diambil di ruangan Edelweis RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang tidak terjadi eklamsia dan gawat janin karena telah dilakukan tindakan yang cepat dan tepat yaitu melakukan kolaborasi dengan dokter: pemasangan infus RL 500 cc, pemberian MgSO₄ 6 gram.

4.2.4 Mengidentifikasi akan kebutuhan tindakan segera

Pada kasus Ny. Y.O.L tindakan segera yang dilakukan berdasarkan antisipasi masalah potensial adalah kolaborasi dokter SpOG: advis dokter pemberian MgSO₄ 40% 6 gram dalam cairan RL 500 cc 28 tetes/menit.

4.2.5 Perencanaan

Pada kasus Ny. Y.O.L perencanaan yaitu informasikan hasil pemeriksaan pada ibu, rasionalnya informasi yang tepat dan jelas merupakan hak ibu dan keluarga agar lebih kooperatif dalam pemberian asuhan. Anjurkan ibu untuk makan dan

minum. Rasionalnya Makanan dan minuman adalah penambah energi pada ibu dalam menghadapi persalinan. Anjurkan ibu untuk istirahat yang cukup. Rasionalnya istirahat yang cukup dapat membantu ibu agar tidak kecapaian. Lakukan observasi keadaan umum ibu dan janin. Rasionalnya observasi keadaan ibu dan janin dapat mengantisipasi tidak terjadinya komplikasi. Dokumentasi hasil pemeriksaan. Rasionalnya sebagai bahan bukti dan tanggung jawab terhadap asuhan yang diberikan.

4.2.6 Pelaksanaan

Pada kasus Ny. Y.O.L pelaksanaan dilakukan berdasarkan perencanaan yaitu Pelaksanaan pada ibu G3P2A0AH2 UK 37-38 minggu, janin tunggal hidup, intrauterin, presentasi kepala dengan PEB yaitu Menginformasikan hasil pemeriksaan pada ibu yaitu TTV TD:170/100 mmHg, S:37x/menit, N:82 x/menit, RR:20 x/menit, DJJ:132 x/menit. Menganjurkan ibu untuk makan dan minum. Menganjurkan ibu untuk istirahat yang cukup. Ibu mengikuti anjuran yang diberikan. Melakukan observasi yaitu pada pukul 02.00 wita buang urin 600 cc. Pukul 04.35 wita ganti RL drip MgSO₄ 40% 6 gram flash pertama habis sambung dengan RL drip MgSO₄ 40% 6 gram flash kedua. Pukul 08.00 wita ibu minum air putih 160 cc. Infus RL drip MgSO₄ 40% 6 gram flash kedua habis sambung dengan RL drip MgSO₄ 40% 6 gram flash ketiga. Mendokumentasikan hasil tindakan.

4.2.7 Evaluasi

Berdasarkan teori jika pelaksanaan telah efektif maka hasil yang mungkin tercapai yaitu ukur tekanan darah, periksa protein urin dalam keadaan normal, dan tidak terjadi eklamsia.

Pada kasus ibu inpartu dengan preeklampsia berat ini dilakukan perawatan di RSUD Prof. Dr. W. Z . Johannes Kupang selama 7 hari. Didapatkan hasil keadaan umum ibu baik, kesadaran composmentis, tidak terjadi eklamsia, oedema tidak ada, dan tekanan darah sudah kembali normal.

Dari pelaksanaan pada kasus ibu inpartu dengan preeklampsia berat telah membaik dan tidak mengalami komplikasi yang berat. Hal ini dikarenakan penanganan yang telah sesuai dengan prosedur dan teori.

5.1.KESIMPULAN

Setelah dilakukan asuhan kebidanan ibu bersalin pada Ny. Y.O.L langkah manajemen kebidanan Varney dapat disimpulkan:

1. Pada pengkajian Ny. Y.O.L Umur 27 Tahun G3P2A0AH2 UK 37-38 minggu, janin tunggal hidup, intrauterin, presentasi kepala dengan PEB didapatkan ibu mengatakan pada tanggal 8 Januari 2016 pukul 20.00 wita ibu mengeluh sakit kepala, leher tegang, nyeri uluhati, serta pembengkakan pada wajah, dan kaki. Ibu tidak memiliki riwayat tekanan darah tinggi. Data objektif Keadaan umum ibu baik kesadaran composmentis. Tekanan darah 170/100 mmHg. Pemeriksaan fisik yang menunjukkan ibu PEB yaitu ekstremitas atas dan bawah edema. Hasil pemeriksaan Lab diketahui ibu memiliki protein urine (-).
2. Analisa dan Diagnosa Masalah: Dari hasil pengkajian baik dari data subjektif, objektif, dan pemeriksaan dalam yang didapatkan pada NY. Y.O.L maka interpretasi yang dilakukan dengan menentukan diagnosa berdasarkan nomenkulator kebidanan yaitu: Ny. Y.O.L Umur 27 Tahun G3P2A0AH2 UK 37-38 minggu, janin tunggal hidup, intrauterin, presentasi kepala dengan PEB.
3. Antisipasi Masalah Potensial: pada NY. Y.O.L G3P2A0AH2 adalah eklamsi.

4. Tindakan segera pada NY. Y.O.L adalah kolaborasi dengan dokter dan pemantauan keadaan ibu dan janin.
5. Perencanaan asuhan pada NY. Y.O.L yaitu melakukan penatalaksanaan PEB dan asuhan pertolongan persalinan sesuai 58 langkah APN.
6. Pelaksanaan asuhan pada NY. Y.O.L yaitu melaksanakan sesuai perencanaan yaitu melakukan penatalaksanaan PEB dan asuhan pertolongan persalinan sesuai 58 langkah APN.
7. Berdasarkan data Subjektif, Objektif dan Pemeriksaan dalam pada Ny. Y.O.L Umur 27 tahun G3P2A0AH2 UK 37-38 minggu, janin tunggal hidup, intrauterin, presentasi kepala dengan PEB Saat dilakukan penatalaksanaan asuhan tidak terdapat masalah atau penyulit. Setelah dievaluasi keadaan ibu dan janin baik, tidak terjadi hal-hal yang menjadi komplikasi dari tindakan tersebut.

5.2. SARAN

1. Bagi peneliti

Agar mampu mengaplikasikan ilmu pengetahuan dan pengalaman yang nyata tentang asuhan kebidanan pada kasus ibu hamil dengan PEB.

2. Bagi profesi

Agar dapat memberikan tambahan ilmu pengetahuan dan sebagai bahan pertimbangan dalam pembelajaran asuhan kebidanan serta

meningkatkan keterampilan dalam memberikan asuhan kebidanan pada kasus ibu hamil dengan PEB.

3. Bagi rumah sakit

Agar dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan dan studi banding dalam melaksanakan asuhan kebidanan pada kasus ibu hamil dengan PEB.

4. Bagi institusi pendidikan

Agar dapat dijadikan sebagai referensi untuk memberikan pendidikan matakuliah kegawatdaruratan maternal tentang asuhan kebidanan pada kasus ibu hamil dengan PEB.

DAFTAR PUSTAKA

- Asri Dwi & Clervo Cristine. 2012. **Asuhan Persalinan Normal**. Yogyakarta: Nuha Medika
- Asrinah dkk. 2010. **Asuhan Kebidanan Masa Persalinan**. Yogyakarta: Graha Ilmu
- Dutton & Densmore. 2010. **Rujukan Cepat Kebidanan**. Jakarta: KDT
- Hani, dkk. 2010. **Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan Fisiologis**. Jakarta : Salemba Medika
- Helen Varney. 2008. **Buku Ajar Asuhan Kebidanan**. Jakarta: EGC
- Hidayat. 2010. **Metode Penelitian Bidan**. Jakarta : Salemba Medika
- Johariyah & Ningrum. **Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir**. Jakarta: Media Jakarta
- Manuaba dkk, edisi 2. 2010. **Ilmu Kebidanan, penyakit kandungan, dan KB**. Jakarta: EGC
- Marmi. 2011. **Asuhan Kebidanan Pada Masa Antenatal**. Yogyakarta: Pustaka Pelajar
- Marmi. 2012. **Asuhan Kebidanan Pada Persalinan**. Yogyakarta: Pustaka Pelajar
- Maryunani, Anik. 2009. **Asuhan Kegawatdaruratan dalam Kebidanan**. Jakarta: TIM
- Morgan & Hamilton. 2009. **Obstetri & Ginekologi panduan praktik**. Jakarta: EGC
- Nugroho. 2010. **Kasus Emergensi Kebidanan**. Yogyakarta: Nuha Medika

Nugroho. 2012. **Patologi Kebidanan**. Yogyakarta : Nuha Medika

Robson, Elizabeth. 2012. **Patologi pada Kehamilan**. Jakarta: KDT

Rohani, dkk. 2011. **Asuhan Kebidanan Pada Masa Persalinan**. Jakarta:
Salemba Medika

Sugiyono. 2011. **Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R/D**.
Bandung: Alfabeta.

Suryani. 2011. **Buku Ajar Konsep Kebidanan**. Yogyakarta: Nuha Medika

Prawirohardjo, Sarwono. 2009. **Ilmu Kebidanan**. Jakarta: PT. Bina
Pustaka

Yeyen, Ai & Yulianti, Lia. 2010. **Asuhan Kebidanan Patologi IV**. Jakarta:
KDT

Widia Shofa Ilmiah. 2015. **Buku Ajar Asuhan Persalinan Normal**.
Yogyakarta : Nuha Medika

Lampiran 1

ASUHAN KEBIDANAN PADA NY. Y.O.L UK 37-38 MINGGU, JANIN TUNGGAL HIDUP, INTRAUTERIN, PRESENTASI KEPALA DENGAN PREEKLAMPSIA BERAT DI RUANG EDELWEIS RSUD. PROF. DR. W.Z.JOHANNES KUPANG

Nama Pengkaji : Alfonsa Donata Wona Dhema

Tanggal Pengkajian : 09-01-2016

Jam Masuk : 21.45 wita

Tanggal Masuk : 09-01-2016

I. PENGKAJIAN

A.DATA SUBJEKTIF

1. BIODATA

Nama ibu : Ny. Y.O.L

Nama suami : Tn. J.TM

Umur : 27 tahun

Umur : 28 tahun

Agama : Protestan

Agama : Protestan

Suku : Rote

Suku : Rote

Pendidikan : SMA

Pendidikan : SMA

Pekerjaan : IRT

Pekerjaan : PNS

Alamat Rumah: Oesapa

Alamat Rumah: Oesapa

2. Keluhan utama masuk kamar bersalin: Ibu mengatakan mengeluh pusing, leher tegang, bengkak pada wajah dan kaki serta belum

ada keluar lendir dan darah dari jalan lahir, belum ada nyeri pinggang yang menjalar ke perut bagian bawah.

3. Riwayat haid:

- a. Menarche : 12 tahun
- b. Lama : 5-6 hari
- c. Siklus : 28 hari
- d. Sifat darah : Encer
- e. Banyaknya : 3x ganti pembalut/hari
- f. HPHT : 19-04-2015
- g. TP : 26-01-2016

4. Riwayat menikah

- a. Status pernikahan : Syah
- b. Lamanya menikah : 7 tahun
- c. Umur pada saat menikah : 21 tahun

5. Riwayat kehamilan, persalinan, nifas yang lalu

NO	Tgl/bln/thn melahirkan	Jenis persalinan	UK	Penolong	Keadaan bayi LH/LM/M	JK	BB/PB	Ket
1	2010	Normal	Aterm	Bidan	LH	L	2900 gram	Sehat
2	2013	Normal	Aterm	Bidan	LH	L	3000 gram	Sehat
3	INI G3P2A0A H2							

6. Riwayat kehamilan sekarang

- a. Pergerakan janin dalam 24 jam terakhir: 10-12 kali
- b. ANC: 7X Teratur/Tidak, Di: Puskesmas Oesapa
- c. G3P2A0AH2
- d. HPHT: 19-04-2015 TP: 26-01-2016 UK: Aterm
- e. Imunisasi TT1: lengkap TT2: lengkap
- f. Keluhan selama hamil: Tidak ada
- g. Obat yang dikonsumsi selama hamil: SF, Kalk, Vit C
- h. Tanda-tanda bahaya: tidak ada

7. Riwayat kesehatan yang lalu/penyakit yang pernah diderita :

- a. Jantung : tidak ada
- b. Hipertensi : tidak ada
- c. Hepatitis : tidak ada
- d. Jiwa : tidak ada
- e. Campak : tidak ada
- f. Malaria : tidak ada
- g. PH,HIV/AIDS : tidak ada
- h. Lain-lain : tidak ada
- i. Pernah operasi : tidak ada

8. Riwayat penyakit yang pernah diderita keluarga

- a. Jantung : tidak ada
- b. Hipertensi : tidak ada
- c. Hepatitis : tidak ada
- d. Jiwa : tidak ada

- e. Campak : tidak ada
- f. Malaria : tidak ada
- g. PH,HIV/AIDS : tidak ada
- h. Lain-lain : tidak ada
- i. Pernah operasi : tidak ada
- j. Keturunan kembar : tidak ada

9. Riwayat KB

- a. KB yang pernah digunakan : suntikan bulanan
- b. Lamanya : 2 tahun
- c. Efek samping : tidak ada
- d. Alasan berhenti : Ingin hamil lagi

10. Latar belakang budaya

- a. Kebiasaan ditolog oleh : Bidan
- b. Pantangan makanan : tidak ada
- c. Kepercayaan yang berhubungan dengan kehamilan, persalinan dan nifas : tidak ada

11. Keadaan psikososial dan sosial ekonomi

- a. Respon ibu dan keluarga terhadap kehamilan :ibu dan keluarga menerima kehamilan ini
- b. Dukungan keluarga : keluarga sangat mendukung
- c. Status perkawinan : syah
- d. Lama nikah : 7 tahun
- e. Kehamilan direncanakan/tidak: direncanakan
- f. Pengambilan keputusan dalam keluarga: Suami

g. Tempat rujukan jika terjadi komplikasi: RSUD. PROF. DR.W. Z.
Johanes Kupang.

12. Diet makanan

- a. Frekuensi makan : 3x sehari
- b. Jenis makanan : nasi, jagung
- c. Lauk pauk : tahu, tempe, ikan, daging
- d. Keluhan : tidak ada
- e. Buah-buahan : apel, salak, pisang, papaya,
jambu, jeruk
- f. Minum air : 8-10 gelas/hari

13. Pola istirahat/tidur

- a. Tidur siang : \pm 1-2 jam
- b. Tidur malam : \pm 7-8 jam
- c. Keluhan : tidak ada

14. Pola eliminasi

- a. BAB
 - a) Frekuensi : 1x/ hari
 - b) Warna : kuning kecoklatan
 - c) Keluhan : tidak ada
- b. BAK
 - a) Frekuensi : 5x/ hari
 - b) Warna : kuning
 - c) Keluhan : tidak ada

15. Kebiasaan diri

- a. Mandi : 2x/ hari
- b. Keramas : 2x/ minggu
- c. Ganti baju/pakain : 2-3 x/ hari
- d. Perawatan payudara : Tidak dilakukan

16. Riwayat seksual

- a. Apakah ada perubahan pola hubungan seksual
 - a) TM I : tidak ditanyakan
 - b) TM II : tidak ditanyakan
 - c) TM III : tidak ditanyakan

17. Kebiasaan hidup

- a. Merokok : tidak
- b. Minum minuman keras : tidak
- c. Mengonsumsi obat terlarang : tidak
- d. Minum kopi dll : tidak

B. DATA OBYEKTIF

1. Pemeriksaan umum

- a. Keadaan umum: lemah
- b. Kesadaran : composmentis
- c. Tanda vital
 - a) S: 37⁰c
 - b) N: 82x/menit
 - c) TD: 170/100 mmHg
 - d) RR: 20 x/menit

- d. BB : 53 kg
- e. TB : 154 cm
- f. Lila : 24 cm

2. Pemeriksaan fisik obstetrik

a) Inspeksi

- 1) Postur tubuh : Lordosis
- 2) Kepala/rambut : bersih/tidak rontok

3) Wajah

- a. Cloasma gravidarum : tidak ada
- b. Oedema/tidak : ada
- c. Mata : konjungtiva merah muda, sclera putih

- 4) Mulut dan gigi : bersih, mukosa bibir lembab, tidak ada caries

5) Leher

- a. Pembesaran kelenjar tyroid: tidak
- b. Kelenjar limfe atau ada pembendungan vena jugularis: tidak

6) Payudara

- a. Bentuk : simetris
- b. Putting susu : bersih, menonjol, tidak lecet

7) Abdomen

- a. Memebesar sesuai UK atau tidak : Ya

- b. Bekas luka operasi : tidak ada
- c. Linea/strie : ada

8) Vulva, vagina dan anus

- a. Bentuk : normal
- b. PPV : tidak ada
- c. Haemoroid : tidak ada
- d. Oedema : tidak ada
- e. Pengeluaran pervaginam : tidak ada
- f. Flour albus : tidak ada
- g. Oedema : tidak ada

9) Ekstremitas

- a. Atas : normal ada oedema

Bawah

Tungkai : ada oedema

Varises : tidak ada

Refleks patella : tidak dilakukan

b) Palpasi

Leopold I : TFU 3 jari bawah Px (33 cm) pada fundus teraba lunak, kurang bulat, dan tidak melenting (bokong)

Leopold II : Pada perut ibu bagian kiri teraba keras, datar dan memanjang seperti papan (punggung), pada perut bagian kanan teraba bagian terkecil janin (ekstremitas)

Leopold III : Pada perut ibu bagian bawah teraba keras,
bundar, melenting (kepala)

Leopold IV : Kepala sudah masuk PAP (divergen)

Mc Donald : 33 cm

TBBA : 3410 gram

Kontraksi : belum ada kontraksi, kandung kemih kosong

c) Auskultasi

DJJ: teratur Frekuensi: 132x/menit

d) Pemeriksaan dalam

Indikasi : tanggal : - jam :

Vulva : tidak dilakukan

Vagina : tidak dilakukan

Portio : tidak dilakukan

Pembukaan : tidak dilakukan

Kantong ketuban : tidak dilakukan

Bagian terendah : tidak dilakukan

Posisi : tidak dilakukan

Molase : tidak dilakukan

e) Turun hodge : tidak dilakukan

f) Pemeriksaan penunjang:

Laboratorium :

Darah

Hb : 11.1 gr%

Test Lakmus : tidak dilakukan

g) Pemeriksaan khusus

Tanggal : 09 Januari 2016

Hasil : (-)

Jenis pemeriksaan : Protein urine

II. ANALISA MASALAH DAN DIAGNOSA

DIAGNOSA	DATA DASAR
G ₃ P ₂ A ₀ AH ₂ UK aterm, janin tunggal hidup, intrauterin, presentasi kepala dengan preeklampsia berat.	DS : Ibu mengatakan mengeluh pusing, leher tegang, bengkak pada wajah, dan kaki serta belum ada keluar lendir dan darah dari jalan lahir, dan juga belum ada nyeri pinggang yang menjalar ke perut bagian bawah. HPHT: 19-04-2015 DO: TP: 26-01-2016 KU: baik, kesadaran: lemah TTV: TD: 170/110 mmHg, N: 82x/menit, S : 37 ⁰ c, RR : 20 x/menit BB: 53 kg. INSPEKSI: Wajah tidak pucat, konjungtiva merah muda, sclera putih; mukosa bibir lembab, leher tidak ada pembengkakan kelenjar limfe, tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada pembendungan vena jugularis; payudara bersih putting susu menonjol, tidak lecet, abdomen, tidak ada bekas luka operasi, ekstremitas ada oedema pada wajah, kaki dan tidak ada varises. PALPASI: Leopold I: TFU 3 jari bawah Px (33 cm) pada fundus teraba lunak, kurang bulat dan tidak melenting (bokong)

	<p>Leopold II: Pada perut ibu bagian kiri teraba keras, datar dan memanjang seperti papan (punggung), pada perut bagian kanan teraba bagian terkecil janin (ekstremitas)</p> <p>Leopold III: Pada perut ibu bagian bawah teraba keras, bulat, dan melenting (kepala)</p> <p>Leopold IV: Kepala sudah masuk PAP (divergen)</p> <p>Mc Donald: 33cm TBBJ: 3410 gram</p> <p>Auskultasi: DJJ (+) 132 x/menit</p> <p>Perkusi: tidak dilakukan</p> <p>Pemeriksaan dalam: tidak dilakukan</p>
--	--

III. ANTISIPASI MASALAH POTENSIAL

- a. Pada ibu, resiko terjadinya Eklampsia, perdarahan
- b. Pada janin resiko terjadinya Gawat janin, kecacatan dan kelahiran mati

IV. TINDAKAN SEGERA

Kolaborasi dengan dokter SpoG untuk pemberian MgSo4

V. PERENCANAAN

Tanggal : 09-01-2016 Jam: 21.55 Wita

Diagnosa : G3P2A0AH2,UK 37-38 minggu, janin tunggal hidup, intrauterin, presentasi kepala dengan preeklampsia berat.

1. Informasikan hasil pemeriksaan pada ibu

R/ Informasi yang tepat dan jelas merupakan hak ibu dan keluarga agar lebih kooperatif dalam pemberian asuhan.

2. Anjurkan ibu untuk makan dan minum.

R/ Makanan dan minuman adalah penambah energi pada ibu dalam menghadapi persalinan.

3. Anjurkan ibu untuk istirahat yang cukup

R/ Istirahat yang cukup dapat membantu ibu agar tidak kecapaian.

4. Lakukan observasi keadaan umum ibu dan janin.

R/ Observasi keadaan ibu dan janin dapat mengantisipasi tidak terjadinya komplikasi.

5. Dokumentasi hasil pemeriksaan.

R/ Sebagai bahan bukti dan tanggung jawab terhadap asuhan yang diberikan.

VI. PELAKSANAAN

Tanggal : 09-01-2016 Jam: 22.10 wita

Diagnosa : G3P2A0AH2, UK 37-38 minggu, janin tunggal hidup, intrauterin, presentasi kepala dengan preeklampsia berat.

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan pada ibu yaitu TTV TD: 170/100 mmHg, S: 37x/menit, N: 82 x/menit, RR: 20 x/menit, DJJ: 132 x/menit

M/ Hasil pemeriksaan sudah dilakukan.

2. Menganjurkan ibu untuk makan dan minum.

M/ Makan dan minum sudah dilakukan.

3. Menganjurkan ibu untuk istirahat yang cukup

M/ Ibu mengikuti anjuran yang diberikan.

4. Melakukan observasi keadaan umum ibu dan janin yaitu tekanan darah 170/100 mmHg, suhu 37 °C, nadi 82 kali/menit, pernapasan 20 kali/menit, DJJ 132 x/menit.

M/ Sudah dilakukan observasi pada ibu dan janin.

5. Mendokumentasikan hasil tindakan

M/ Hasil tindakan sudah dilakukan.

VII. EVALUASI

Tanggal : 09-01-2016 Jam: 22.20wita

Diagnosa : G3P2A0AH2, UK 37-38 minggu, janin tunggal hidup, intrauterin, presentasi kepala dengan preeklampsia berat.

S : ibu mengatakan sakit sakit kepala, nyeri ulu hati, leher tegang, ada oedema.

O : keadaan umu ibu baik, kesadaran: composmentis TTV TD:170/menit, S:37°C, N:82 x/menit, RR:20 x/menit, DJJ:140 x/menit.

A : G3P2A0AH2 UK 37-38 minggu, UK 37-38 minggu, janin tunggal hidup, intrauterin, presentasi kepala dengan preeklampsia berat.

P :

a) Informasikan hasil pemeriksaan pada ibu

b) Anjurkan ibu untuk makan dan minum

- c) Anjurkan ibu untuk istirahat yang cukup
- d) Lakukan observasi keadaan umum ibu dan janin
- e) Dokumentasi hasil pemeriksaan

I :

- a) Menginformasikan hasil pemeriksaan pada ibu
- b) Menganjurkan ibu untuk makan dan minum
- c) Menganjurkan ibu untuk istirahat yang cukup
- d) Melakukan observasi keadaan umum ibu dan janin
- e) Mendokumentasikan hasil tindakan.

E :

- a) Hasil pemeriksaan sudah dilakukan
- b) Makan dan minum sudah dilakukan
- c) Ibu mengikuti anjuran yang diberikan
- d) Sudah dilakukan observasi pada ibu dan janin
- e) Hasil tindakan sudah dilakukan

CATATAN PERKEMBANGAN NY. Y.O.L

Hari/ tanggal	Jam	Catatan Perkembangan
Minggu/10 Januari 2016	08.30 wita	S: Ibu mengatakan sakit kepala, nyeri ulu hati, leher tegang, belum ada kontraksi, belum ada pembukaan, ketuban belum pecah. O: keadaan umum ibu baik, kesadaran: composmentis, TTV TD: 160/100 mmHg, N: 80 x/menit, RR: 18 x/menit, DJJ: 150 x/menit. A: G3P2A0AH2 UK 37-38 minggu, janin tunggal hidup, intrauterin, letak kepala dengan preeklampsia berat. P: Memberikan ibu makan dan minum, ibu makan nasi, sayur, ikan dengan porsi 1 piring, minum air putih 4-5 gelas/ hari. Menganjurkan ibu untuk istirahat yang cukup, ibu istirahatnya baik. Melakukan kolaborasi dokter SpOG untuk pemberian terapi hasilnya: lanjutkan pemberian MgSO ₄ sesuai protap, lanjutkan pemantauan urin, lanjutkan induksi oksitosin 5 IU didalam cairan RL, pemberian nifedipin bila TD > 160/100 mmHg, KIE, observasi keadaan ibu dan janin hasilnya: KU ibu baik, DJJ 151 x/menit.
	08.45 wita	Memasang infus di tangan kiri RL drip oksitosin 5 IU 20 tetes/menit.
	14.45 wita	Buang urin 860 cc. Ibu minum air putih 400 cc.
	17.00 wita	RL drip MgSO ₄ 40% 6 grm flash ketiga habis ganti dengan RL drip MgSO ₄ 40% 6 gram flash ke empat.
	23.00 wita	RL drip MgSO ₄ 40% 6 gram flash keempat habis sambung MgSO ₄ 40% 6 gram flash kelima. Ibu minum air putih ± 600 cc. Buang urin 1140 cc.

Senin/ Januari 2016	11	05.00 wita	RL drip MgSO ₄ 40% 6 gram flash kelima habis sambung MgSO ₄ 40% 6 gram flash ke enam.
		06.00 wita	S: Ibu mengatakan sakit kepala, nyeri ulu hati, leher tegang, belum ada kontraksi, belum ada pembukaan, ketuban belum pecah. O: keadaan umum ibu baik, kesadaran: composmentis, TTV TD: 150/100 mmHg, N: 80 x/menit, RR: 18 x/menit, DJJ: 149 x/menit. A: G3P2A0AH2 UK 37-38 minggu, janin tunggal hidup, intrauterin, letak kepala dengan preeklampsia berat. P: Memberikan ibu makan dan minum, ibu makan nasi, sayur, telur dengan porsi 1 piring, minum air putih ± 150 cc, buang urin 160 cc. Menganjurkan ibu untuk istirahat yang cukup, ibu istirahatnya baik.
		06.45 wita	Melayani nefedipin 1 tablet/oral. Observasi keadaan ibu dan janin hasilnya: KU ibu baik, DJJ 139 x/menit.
		07.15 wita	Terpasang infus RL drip MgSO ₄ 40% 6 gram flash keenam, DC (+), TD: 160/100 mmHg, diberikan nefedipin, rencana drip oksitosin (keluarga masih runding dan penundaan tanda tangan).
		07.40 wita	Visite dokter SpOG advis: Terminasi kehamilan (induksi oksitosin), KIE.
		09.00 wita	KIE untuk induksi oksitosin, suami masih minta tunda tunggu siang kakaknya datang.
		11.00 wita	Infus RL drip MgSO ₄ 6 gram flash keenam habis sambung RL drip MgSO ₄ 6 grm flash ketujuh.
		11.05 wita	Buang urin 1200 gram.
		11.20 wita	Observasi TTV
		12.00 wita	Melayani makan minum
		14.00 wita	Menerima overan dari dinas pagi. Mengobservasi KU pasien baik, kesadaran composmentis,

		<p>terpasang IUFD RL drip MgSO₄ 40% flash ketujuh, terpasang DC, terminasi kehamilan (keluarga masih berunding), nefedipin sesuai jadwal, TD: 130/80 mmHg, DJJ: 140 x/menit, S: 36,8°C, N: 82 x/menit.</p>
	14.15 wita	Observasi TD: 130/90 mmHg, tunda pemberian nefedipin.
	16.30 wita	Melakukan KIE ulang untuk pemberian oksitosin drip (keluarga masih berunding). Tanda tangan persetujuan tindakan oleh suami. Mengobservasi DJJ: 151 x/menit.
	16.35 wita	<p>mengobservasi DJJ: 140 x/menit.</p> <p>Melapor dokter SpOG untuk konfirmasi terminasi, advisnya bila ada tanda-tanda impending eklamsi lapor dokter SpOG.</p>
	16.40 wita	<p>Melapor ulang dokter SpOG advisnya: MgSO₄ stop ganti RL dengan pertimbangan protein urinya negatif dan TD: 130/90 mmHg, produksi urin baik, kalau setuju besok pagi baru drip oksitosin.</p> <p>KIE untuk induksi bila keluarga masih berunding, tanda tangan.</p> <p>Observasi DJJ: 146 x/menit.</p>
	17.00 wita	<p>Melakukan terapi keluarga (masih berunding). Mengobservasi DJJ: 141 x/menit. Mengganti infus RL drip MgSO₄ flash ke tujuh dengan RL kosong, jalan baik.</p>
	17.15 wita	<p>Melakukan terapi keluarga (KIE pra induksi)-ACC. Tanda tangan persetujuan tindakan.</p>
	17.30 wita	<p>Melayani resep-Keluarga ada pulang rumah. Mengobservasi DJJ 146x/menit.</p> <p>Mengobservasi TTV S: 36°C, N: 88x/m, TD: 160/100 mmHg.</p> <p>Membuang urine sebanyak 640 cc.</p>

	18.00 wita	Melayani Nifedipin 1 tablet/oral. Melayani makan-minum Mengobservasi DJJ: 141x/menit.
	19.00 wita	Mengobservasi DJJ: 150x/menit
	19.30 wita	Mengobservasi DJJ: 131x/menit.
	20.00 wita	Melayani resep-Keluarga sementara keapotik Melayani Miso ¼ tablet/vaginam. Mengobservasi TTV TD: 160/100 mmHg, S: 36,8°C, N: 80x/menit. Mengobservasi DJJ: 150 x/menit, melakukan vulva vagina. Melakukan pemeriksaan dalam: V/V tidak ada kelainan, portio tebal, pembukaan seujung jari.
	21.00 wita	Overan: terpasang infus RL kosong, terpasang keteter, protein urin (-), TD: 160/100 mmHg, miso ¼ tablet/vaginam 6 jam kemudian 1/8 tablet visitenya (paginya dokter Jansen evaluasi).
	21.30 wita	Mengobservasi DJJ: 143 x/menit. TD: 170/110 mmHg.
	22.00 wita	Membuang urin 900 cc.
Selasa/ 12 Januari 2016	05.30 wita	S: ibu mengatakan merasa mual, pusing. O: KU ibu baik, S:36,8°, N: 87 x/m, TD: 180/140 mmHg-pemberian nefedipin 1 tablet, DJJ: 140x/menit.Terpasang infus RL kosong jalan baik, terpasang DC. A: G3P2A0A UK 37-38 minggu+PEB. P: Memberikan ibu makan dan minum, ibu makan nasi, sayur, ikan dengan porsi 1 piring, minum air putih ± 400 cc, buang urin 550 cc. Menganjurkan ibu untuk istirahat yang cukup, ibu istirahatnya baik.
	09.45 wita	Melakukan kolaborasi dokter SpOG untuk pemberian terapi hasilnya: Oksitosin drip-5 IU dalam

		<p>RL 500 cc-40 tetes/menit, Dopamet 3x500 mg.</p> <p>KIE oleh dokter SpOG pada suami pasien, KIEnya diterima, tanda tangan.</p>
	10.00 wita	Pasien pindah VK
	10.15 wita	Observasi TD: 160/100 mmHg, DJJ: 148 x/menit.
	10.30 wita	Pemeriksaan dalam: V/V tidak ada kelainan, portio tebal lunak, pembukaan 1-2 cm, kantong ketuban utuh, kepala TH I.
	10.45 wita	Mengaff infus RL kosong sambung RL drip oksitosin 5 IU flash pertama 8 tetes/menit.
	11.00 wita	Observasi DJJ: 145 x/menit, dinaikan tetesan infus 12 tetes/menit, his (-).
	11.15 wita	Observasi DJJ: 148x/menit, dinaikan tetesan infus 16 tetes/menis, his (-).
	11.30 wita	Observasi DJJ: 145 x/menit, tetesan infus dinaikan 20 tetes/menit, his (-).
	11.45 wita	Observasi DJJ: 146x/menit, tetesan infus dinaikan 24 tetes/menit, his (-).
	12.00 wita	Observasi DJJ: 145x/menit naikan tetesan infus 28 tetes/menit, hisnya positif 1 kali dalam 10 menit lamanya 15-20 detik.
	12.15 wita	<p>Observasi TTV TD: 130/80 mmHg, S: 36,8°C, N: 82 x/menit.</p> <p>Ibu minum air putih 150 cc.</p>
	12.30 wita	Observasi DJJ: 146x/menit, tetesan infus dinaikan 32 tetes/menit, hisnya positif 1 kali dalam 10 menit lamanya 15-20 detik.
	12.45 wita	Observasi DJJ: 145 x/menit naikan tetesan infus 36 tetes/menit, hisnya positif 1 kali dalam 10 menit dengan durasi 15-20 detik.
	13.00 wita	Observasi DJJ: 147x/menit, tetesan infus dinaikan 40 tetes/menit hisnya positif 1 kali dalam 10 menit

		dengan durasi 15-20 detik. Ibu minum air putih 100 cc
	13.15 wita	Observasi DJJ: 150 x/menit hisnya positif 1 kali dalam 10 menit durasi 15-20 detik.
	13.45 wita	Observasi DJJ: 154x/menit, his positif 1 kali dalam 10 menit lamanya dalam 10 menit durasi 15-20 detik. Buang urin 570 cc.
	14.00 wita	Melakukan overan dinas mengobservasi pasien, KU baik, terpasang infus RL drip oksitosin 5 IU flash pertama 40 tetes/menit.VT di jam 10.00 wita pembukaan 1-2 cm, KK (+), kepala TH I, terpasang DC, TD: 120/80 mmHg, protein urin negatif ,nifedipin sesuai jadwal. Mengobservasi DJJ: 157x/menit. Mengobservasi TD: 170/100 mmHg, melayani nefedipin 10 mg/oral.
	15.00 wita	Melakukan aff infus oleh karena phelbitis. Memasang ulang infus dengan abocet no 18 dengan cairan RL drip oksitosin 5 IU flash pertama 40tetes/menit- berhasil.
	15.45 wita	Melap ibu di tempat tidur. Melakukan VT evaluasi V/V tidak ada kelainan, portio tebal, pembukaan 2 cm, KK (+), kepala TH I, observasi his (-), DJJ: 148 x/menit.
	16.00 wita	Observasi his (-) DJJ: 144x/menit
	16.30 wita	Observasi his (-), DJJ: 150x/menit
	17.00 wita	Observasi his (-), DJJ: 148x/menit.
	17.30 wita	Observasi his (-), DJJ: 142x/menit, TD: 150/90 mmHg.Lapor dokter SpOG karena drip RL oksitosin 5 IU pertama habis advisnya:KIE keluarga lanjut drip atau SC, KIE pada suami tetapi suami masih pulang

		rumah, mengganti RL drip oksitosin flash pertama dengan RL kosong asnet.
	18.00 wita	Mengobservasi TTV TD: 150/100 mmHg, S: 36,7°C, N: 71x/menit. Buang urin 570 cc. Ibu minum air putih 400 cc.
	19.00 wita	Observasi DJJ: 144x/menit.
	19.30 wita	Mengobservasi his (-), DJJ: 150x/menit. Pasien dan suami minta lanjut dirangsang dulu (selesai makan).
	20.00 wita	Mengobservasi his(-), DJJ: 148x/menit. Drip oksitosin 5 IU dalam RL flash kedua 40 tetes/menit.
	20.45 wita	Observasi his (-), DJJ: 150x/menit.
	21.00 wita	VT: V/V tidak ada kelainan, portio tebal lunak, pembukaan 2 cm, KK (+) melekat, kepala TH I. Menerima overan dari dinas sore.
	20.45 wita	Mengobservasi KU pasien yaitu: KU baik, terpasang infus RL drip oksitosi 5 IU flash kedua 40 tetes/menit, protein urin (-), terpasang keteter.
	21.10 wita	VT pembukaan 2 cm, KK (+) melekat, kepala TH I, DJJ: 154x/menit, nefedipin sesuai jadwal, TD: 150/90 mmHg.
	22.00 wita	Mengobservasi TD: 140/80 mmHg, DJJ: 134x/menit, his (-)Mengatur ulang tetesan 40 tetes/menit.
	23.00 wita	Mengobservasi TD: 170/110 mmHg. DJJ: 155x/menit, his 2 kali dalam 10 menit lamanya 15 detik.Melayani nefedipin 1 tablet.
	23.05 wita	Infus RL drip oksitosin flash kedua habis klem.
	23.10 wita	VT: V/V tidak ada kelainan, portio tebal lunak, pembukaan 2 cm,KK (+) melekat, kepala TH II.Mengobservasi DJJ: 157x/menit.
	00.00 wita	Mengganti RL drip oksitosin dengan RL kosong. Mengobservasi his (-), DJJ: 160x/menit

Rabu/ Januari 2016	13	01.00 wita	Mengobservasi his (-), DJJ: 152x/menit.
		02.00 wita	Observasi His (-), DJJ: 156x/menit.
		03.00 wita	Observasi his (-), DJJ: 158x/menit.
		04.00 wita	Mengobservasi his (-), DJJ: 158x/mnit. VT V/V tidak ada kelainan, portio tebal unak,pembukaan 2 cm, KK (+) melekat, kepala TH II.
		05.00 wita	Mengobservasi his (-), DJJ: 157x/menit. Mengobservasi TTV S: 37°C, N:90x/mnit, TD: 160/110 mmHg.
		05.10 wita	Visite dokter Jansen SpOG advis: Amniotomi-putih keruh, VT: pembukaan 2 cm, efficement portio 75%, KK (-), kepala TH I.Dopamet 3x500 mg. Observasi TTV, his, DJJ.
		05.30 wita	Buang urin 800 cc
		06.15 wita	Infus hematom aff, DJJ: 153x/mnit. Memasang infus RL drip oksitosin 5 IU 8 tetes/menit seri kedua flash pertama.
		06.30 wita	Mengobservasi DJJ: 152x/menit infusnya dinaikan tetesan 10 tetes/menit.
		06.45 wita	Tetesan infus dinaikan 16 tetes/menit.
		07.00 wita	Mengobservasi DJJ: 153x/menit tetesanya dinaikan 20 tetes/menit, TD: 150/100 mmHg.
		07.15 wita	Tetesan infus dinaikan 24 tetes/menit.
		07.30 wita	Tetesan infus dinaikan 28 tetes/menit, DJJ: 153x/mnit. S: ibu mengatakan perutnya terasa kencang-kencang, gerakan janin aktif. O: KU baik, observasi his (+), DJJ: 150x/mnit terpasang infus RL drip oksitosin 5 IU flash pertama seri kedua 28 tetes/menit, terpasang keteter, TD: 160/110 mmHg, protein urin (-), KK (+), amniotomi, cairan putih keruh, kepala TH I,nifedipin stop, dopamet 3x500 mg.A: G3P2A0 UK 37-38 minggu inpartu fase laten

		+ preeklampsia berat+ induksi.P: observasi KU, DJJ: 150 x/menit, siapkan visite dokter.
	07.45 wita	Mengobservasi his 2 kali dalam 10 menit durasi 15-20 detik, DJJ: 152x/menit, tetesan infus dinaikan 32 tetes/menit.
	08.00 wita	Mengobservasi his 2 -3 kali durasi 20-25 detik, DJJ: 130x/menit, tetesan infus dinaikan 36 tetes/menit.
	08.15 wita	Mengobservasi his 2-3 kali durasi 20-25 detik, DJJ: 148x/mnit, tetesan infus dinaikan 40 tetes/menit.
	08.30 wita	Mengobservasi his 3 kali dalam 10 menit durasi 30-35 detik.
	09.00 wita	S: ibu mengatakan ingin meneran. O: VT V/V tidak ada kelainan, portio tidak teraba,pembukaan lengkap, KK (-), Kepala TH IV, dorongan meneran, tekanan anus, vulva membuka, perinium menonjol.A: Kala II. P: pimpin persalinan: 1. Melakukan persiapan alat dan bahan partus set, heacting set, alat resusitasi, dan alat vaccum. Saff I: baki berisi partus set (hand scond steril, ½ koher, gunting tali pusat, gunting episiotomi, klem 2 buah, penjepit tali pusat 1 buah, dan kasa secukupnya), funduscope, betadin, kapas sublimat, air DTT, clorin spreya, obat-obatan esensial dan dispo 1 cc, 3 cc, 5 cc dan jam. Saff II: baki berisi heacting set (gunting benang, pinset 2 buah, neelfuder, dan kasa secukupnya), benang cut gut chromic pada tempatnya, tensi meter, strtoskop, termometer, dan tempat ampul bekas. Saff III: keranjang bersih berisi pakaian ibu dan bayi, APD (topi, kaca mata, masker, celemek dan sepatu boot). PI: tempat sampah 2 buah (medis dan non medis), com berisi larutan clorin 0,5% dan com berisi air bersih. Alat resusitasi

		<p>meliputi: Meja yang bersih, keras, datar. 2 helai kain/ handuk. Bahan ganjal bahu bayi. Bahan ganjal dapat berupa kain, kaos, selendang, handuk kecil, digulung setinggi 5 cm dan mudah disesuaikan untuk mengatur posisi kepala bayi. Alat pengisap lendir delee/ bola karet: tabung dan sungkup atau balon, Kotak alat resusitasi, Lampu sorot, Jam. Menyiapkan alat vaccum ekstraksi: 1. Duk 3 buah (1 untuk alas meja, 1 untuk alat perut ibu, dan 1 untuk alas bokong), 2. Alat partus, 3. Spekulum sims, 4. Vester klem yang panjang, 3 buah, 5. Nelfulder, 6. Pinset 2 buah (anatomis dan surgis), 7. Gunting benang, 8. Jarum otot dan jarum kulit, 9. Benang catgut chromic, 10. Com berisi betadin, 11. Cap vacuum, 12. Selang penghubung 2 buah panjang (panjang dan pendek), 13. Botol yang memiliki 3 saluran dan untuk menampung cairan yang disedot, 14. Sarung tangan 4 pasang, 15. Dispo 3 cc, 5 cc, 10 cc, 16. Obat-obatan (oksitosin, ergometrin, uterotonika dan aquades). Menyiapkan perlengkapan ibu dan bayi: Untuk ibu: 1 buah handuk bersih, celana dalam berisi pembalut, baju, 2 buah kain kering dan bersih. Untuk bayi: kain 5 buah, kaos kaki, kaos tangan, loyot dan topi, Melakukan pertolongan persalinan dengan menggunakan 58 langkah. S: ibu mengatakan adanya rasa dorongan ingin meneran seperti BAB, keluar lendir bercampur darah dari jalan lahir. O: Perinium menonjol, vulva dan anus membuka, cairan ketuban keruh. His 5 kali dalam 10 menit lamanya 55 detik dan DJJ: 136 x/menit, tekanan darah 170/100 mmHg. VT: V/V tidak ada kelainan,</p>
--	--	---

		<p>portio tidak teraba, pembukaan lengkap, kantong ketuban (-), letak kepala, posisi ubun-ubun kecil didepan, tidak ada molase, TH IV.A: Kala II. P: Memastikan Kelengkapan Alat, Siap diri, Siap keluarga, melakukan pertolongan persalinan sesuai 58 langkah asuhan persalinan normal. Melaporkan hasil pada dokter Laurens SpOG, melepaskan douer keteter (460 cc). Mengobservasi TD:160/90 mmHg.</p>
	09.02 wita	<p>Melakukan penanganan kala II</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Memeriksa kelengkapan alat pertolongan persalinan. 2) Memakai APD (celemek, topi, masker, kaca mata dan sepatu boot). 3) Memastikan tangan tidak memakai perhiasan, mencuci tangan menggunakan sabun dan air mengalir kemudian keringkan tangan dengan menggunakan handuk yang kering dan bersih. 4) Memakai sarung tangan DTT pada tangan kanan dipergunakan untuk mengisap oksitosin setelah itu simpan kembali kedalam wadah partus set. 5) Dekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang bersarung tangan kedalam larutan klorin 0,5% lalu cuci kembali tangan dengan sabun dan air mengalir lalu keringkan. 6) Memastikan DJJ setelah kontraksi uterus. Frekuensi 146 x/menit. 7) Memberitahukan kepada ibu bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik,dan meminta ibu untuk meneran saat ada his apabila ibu sudah ada rasa ingin meneran. 8) Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi setengah duduk dan pastikan ibu merasa nyaman. 9) Memimpin ibu untuk meneran saat ada dorongan

		<p>meneran. 10) Menganjurkan ibu untuk mengambil posisi yang nyaman apabila ibu merasa ada dorongan kuat untuk meneran. 11) Meletakkan handuk bersih diatas perut ibu disaat kepala janin sudah terlihat pada vulva dengan diameter 5-6 cm. 12) Meletakkan kain bersih yang dilipat 1/3 dan diletakan dibawah bokong ibu 13) Membuka partus set dan memperhatikan kembali perlengkapan alat dan bahan. 14) Memakai sarung tangan DTT pada kedua tangan. 15) Setelah tampak kepala janin 5-6 cm vulva membuka, maka lindungi perinium dengan satu tangan yang dilapisi kain kering dan bersih. Tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan posisi defleksi dan membantu melahirkan kepala. Anjurkan ibu untuk meneran perlahan atau bernapas cepat dan dangkal. 16) Memeriksa ada lilitan tali pusat pada leher ternyata tidak ada lilitan tali pusat. 17) Menunggu hingga kepala melakukan putar paksi luar secara spontan. 18) Setelah kepala melakukan putar paksi luar, pegang kepala bayi secara biparietal. Menganjurkan ibu untuk meneran saat ada kontraksi. Dengan lembut gerakan tangan kearah bawah dengan distal hingga bahu depan muncul dibawah arkus pubis dan kemudian gerakan tangan kearah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang. 19) Setelah kedua bahu lahir, geser tangan bawah kearah perinium ibu untuk menyangga kepala, lengan dan siku sebelah bawah. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas. 20) Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut kepongung, bokong, tungkai dan</p>
--	--	---

		<p>kaki. Pegang kedua mata kaki (memasukan telunjuk diantara kaki dan pegang masing-masing mata kaki dengan ibu jari dan jari-jari lainnya). 21) Melakukan penilaian ternyata bayi lahir segera menanggapi dan bergerak aktif. 22) Meletakkan bayi di atas perut ibu yang di alasi dengan handuk. 23) Mengeringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya, kecuali tangan tanpa membersihkan verniks kasiosa, mengganti handuk basah dengan kain kering dan membiarkan bayi di atas perut ibu. 24) Memeriksa kembali uterus untuk mengecek apakah masih ada bayi lagi ternyata bayi tunggal. 25) Beritahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi dengan baik. 25) Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikan oksitosin 10 IU secara Intramuskular di 1/3 paha atas bagian distal lateral (melakukan aspirasi sebelum menyuntikkan oksitosin). 26) Setelah 2 menit pasca salin meraba tali pusat sudah tidak berdenyut lalu jepit tali pusat dengan klem pertama dengan jarak 3 cm dari pangkal pusat dan mendorong isi tali pusat ke arah distal ibu dan jepit kembali tali pusat yang kedua dengan jarak 2 cm dari klem pertama. 27) Dengan satu tangan, pegang tali pusat yang dijepit lalu lindungi perut bayi dan melakukan pengguntingan tali pusat di antara ke dua klem tersebut. Menjepit tali pusat menggunakan penjepit tali pusat, setelah itu melepaskan klem dan memasukkan ke dalam wadah yang telah di sediakan. 28) Meletakkan bayi tengkurap di dada ibu. 29) Luruskan bahu bayi sehingga bayi menempel di dada ibu. Usahakan kepala bayi</p>
--	--	--

	09.12 wita	<p>berada di antara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari putting payudara ibu. 30) Menyelimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan memasang topi pada kepala bayi.</p> <p>Bayi lahir spontan pervaginam dengan bantuan induksi, letak kepala, bayi perempuan lahir langsung menangis kuat dan bergerak aktif A/S 8/9. Mengaff DC- urin tidak dibuang. S: Ibu mengatakan senang dengan bayi yang baru saja dilahirkan. O: KU : baik, kesadaran : composmentis, TFU setinggi pusat, kontraksi uterus baik, perdarahan sedikit, plasenta belum lahir.A: Kala III. P: Melakukan peregang tali pusat terkendali dan lahirkan plasenta. 31) Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva. 32) Meletakkan satu tangan di atas kain pada perut ibu di tepi symphysis untuk mendeteksi. Tangan lain menegangkan tali pusat. 33) Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus ke arah belakang atas atau dorso kranial secara hati-hati untuk mencegah inversio uteri. 34) Melakukan penegangan dan dorongan dorso kranial hingga plasenta terlepas, meminta ibu untuk meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian ke arah atas, mengikuti poros jalan lahir (tetap melakukan tekanan dorso kranial). 35) Setelah plasenta tampak pada introitus vagina, teruskan melahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpelekat kemudian melahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan. 36) Segera setelah plasenta</p>
--	------------	---

		<p>dan selaput ketuban lahir, letakkan telapak tangan di atas fundus dan melakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi maksimal 15 detik. 37) Memeriksa plasenta bagian maternal maupun bagian fetal dan memastikan plasenta dan selaputnya lahir lengkap dan utuh setelah itu memasukkan plasenta ke dalam kantong plastik. 38) Mengevaluasi kemungkinan adanya perdarahan pervaginam.</p>
	09.20 wita	<p>Plasenta lahir spontan, lengkap, dan perdarahan 150 cc. Melakukan masase sebanyak 15 kali. Perdarahan pervaginam (+) banyak, kontraksi uterus lembek. Aff infus RL drip oksitosin 5 IU sambung RL drip oksitosin 20 IU flash pertama tetesannya cepat. S: Ibu mengatakan perutnya masih mules, jalan lahir perih. O: KU baik, kontraksi uterus baik, TFU 2 jari bawah pusat. A: Kala IV. P: Lakukan heacting perinium, Melakukan Personal hygiene pada ibu, Observasi TD: 160/100 mmHg. 39) Memeriksa kembali kontraksi uterus dan tanda adanya perdarahan pervaginam, ternyata kontraksi uterus baik dan tidak ada perdarahan pervaginam. 40) Menginformasikan kepada ibu bahwa: membiarkan bayi melakukan kontak kulit pada dada ibu paling sedikit 1 jam. 41) Setelah 1 jam inisiasi menyusui dini, mengambil bayi untuk melakukan penimbangan, pengukuran antropometri, memberikan tetes mata antibiotik profilaksis dan Neo K 0,5 mg secara IM pada paha kiri anterio lateral. 42) Setelah 1 jam pemberian Neo K, berikan suntikan Hepatitis B 0,5 ml pada paha kanan antero lateral. 43) Mengajarkan dan menganjurkan ibu dan</p>

		<p>keluarga untuk melakukan masase uterus dan menilai kontraksi uterus. 44) Mengevaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah, ternyata perdarahan sedikit. 45) Memeriksa nadi ibu 82x/menit. 46) Memeriksa kembali untuk memastikan bayi bernafas dengan baik serta suhu tubuh bayi, ternyata frekuensi pernafasan pada bayi 52 x/menit dan suhu tubuh bayi 36,5°C. 47) Melakukan hecting perineum menggunakan benang catgut chromic tanpa anastesi secara jelujur dan merawat luka perineum menggunakan betadin dan menutup dengan kassa steril. 48) Menempatkan semua peralatan bekas pakai ke dalam larutan klorin 0,5 % untuk mendekontaminasi alat selama 10 menit, cuci dan bilas peralatan setelah didekontaminasi. 49) Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai. 50) Membersihkan ibu menggunakan air DTT. Membersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah. Membantu ibu untuk memakai pakaian bersih dan kering. 51) Memastikan ibu merasa nyaman. Membantu ibu memberikan ASI. Menganjurkan keluarga untuk memberikan makanan dan minuman. 52) Mendekontaminasi tempat persalinan dengan larutan klorin 0,5 %. 53) Mencelupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5 %, lalu melepaskan sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5 % dalam keadaan terbalik dan merendamnya selama 10 menit. 54) Mencuci tangan dengan sabun dengan air mengalir. 55) Melengkapi partograf (halaman depan dan belakang), memeriksa tanda vital dan asuhan kala</p>
--	--	--

		<p>IV. 56) Memantau keadaan umum ibu: baik, TTV: TD: 170/100 mmHg, N : 80x/menit, S: 36,5°C, TFU setinggi pusat, kontraksi uterus baik, kandung kemih kosong, perdarahan sedikit. Pemantauan dilakukan tiap 15 menit pada jam pertama dan tiap 30 menit pada jam kedua dan mencatat dalam lembar belakang partograf. 57) Mencuci tangan menggunakan air mengalir dan keringkan dengan handuk bersih. 58) Melengkapi partograf.</p>
	09.30 wita	<p>Observasi kontraksi uterus (+) lembek. RL drip oksitosin 5 IU flash pertama habis sambung RL drip oksitosin 20 IU flash pertama tetesanya cepat.</p>
	10.15 wita	<p>Infus RL drip oksitosin 20 IU flash pertama habis sambung RL drip oksitosin flash kedua. Memasang ulang keteter.</p>
	12.00 wita	<p>Observasi TD: 150/100 mmHg, S: 38°C, N: 100 x/menit. Layani paracetamol 1 tablet/oral.</p>
	13.00 wita	<p>Observasi suhu 38,6°C. Lapor dokter Jansen SpOG, Advisnya yaitu: Sefo 2x1 gram, Paracetamol/ 4 jam bila panas.</p>
	13.05 wita	<p>Lakukan skin test sefo taksime.</p>
	13.25 wita	<p>Reaksi alerginya (-) layani cefotaxime 1 gram/IV</p>
	14.00 wita	<p>Overan : KU baik, terpasang infus RL drip oksitosin 20 IU flash kedua, terpasang keteter, TD: 150/100 mmHg, S: 38,6°C, sefo sesuai jadwal, paracetamol/ 4 jam bila panas.</p>
	15.00 wita	<p>Motivasi pasien untuk menyusui bayinya. Observasi pengeluaran pervaginam (+) sedikit, kontraksi uterus baik.</p>
	18.00 wita	<p>Mengobservasi TTV: TD: 150/100 mmHg, S: 38,2°C, N: 88x/menit. Melayani paracetamol 1 tablet/oral.</p>

	18.15 wita	Buang urin 850 cc
	19.00 wita	Observasi pengeluaran pervaginam (+) sedikit, kontraksi uterus baik.
	20.00 wita	Observasi pengeluaran pervaginam (+) sedikit, kontraksi uterus baik. Observasi TD: 150/100 mmHg, S: 37,5°C, N: 84x/mnit.
	21.00 wita	Pasien pindah diruang Edelweys. Pasien pindahan VK fisiologis dengan postpartum normal 0 hari. Tiba edelweys terpasang infus RL drip oksitosin flash kedua jalan baik, terpasang kateter, membuang urin 750 cc, protein urin (-).
	21.15 wita 21.30 wita	Observasi TD: 150/100 mmHg Mengganti infus RL drip oksitosin 20 IU flash kedua dengan RL kosong 500 ml, jalan baik.
Kamis/ 14 Januari 2016	01.25 wita	Injeksi sefo 1 gram/IV. Memotivasi pasien untuk tidur malam.
	03.00 wita	Pasien minta buka infus dan kateter.
	06.30 wita	S: ibu mengatakan pusing berkurang. O: KU baik, kesadaran composmentis, terapi oral (+), pengeluaran pervaginam sedikit. A: postpartum bantuan induksi + PEB hari pertama.
	07.00 wita	P: memberikan ibu makan dan minum, ibu makan nasi, sayur, ikan dengan porsi 1 piring, minum air putih ± 440 cc, buang urin 560 cc. Menganjurkan ibu istirahat yang cukup, ibu istirahatnya baik.
	09.00 wita	Melakukan kolaborasi dokter SpOg hasilnya: Cek UL, Dopamet 3x250 mg, Amoxilin 3x500 mg, Asamefenamat 3x500 mg, SF 2x1 tablet/ oral, Bcom 2x1 tablet/oral. Observasi KU baik dan TTV hasilnya TD: 140/100mmHg, S: 37°C, N: 84x/mnit, pengeluaran

	<p>16.00 wita</p> <p>21.00 wita</p>	<p>pervaginam sedikit, Personal hygiene.</p> <p>Pasien pindah di ruangan Flamboyan.</p> <p>Motivasi pasien untuk menyusui bayinya, menjaga kehangatan bayi.</p> <p>Menerima overan dinas</p> <p>Mengobservasi KU ibu baik, kontraksi uterus baik, Pengeluaran pervaginam sedikit, melakukan terapi keluarga: menjaga personal hygiene dan Istirahat yang cukup.</p>
<p>Jumat/15</p> <p>Januari 2016</p>	<p>06.00 wita</p> <p>08.00 wita</p>	<p>S: ibu mengatakan tidak ada keluhan</p> <p>O: KU ibu baik, kesadaran composmentis, TTV TD: 140/100 mmHg, S: 37,2°C, N: 80x/menit, pengeluaran pervaginam sedikit.</p> <p>A: postpartum bantuan induksi hari kedua + PEB</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memberikan KIE: mobilisasi, jaga personal hygiene, kontrol di puskesmas Oesapa 3 hari tanggal 18 Januari 2016, - Mengikuti visite dokter Yuni SpOG - Terapy lanjutan dirumah: Nifedipin 3x500 mg, Amoxilin 3x500 mg, Asamefenamat 3x500 mg, SF 2x1 tablet/oral, Bcom 2x1 tablet/oral. <p>Pasien boleh pulang.</p>

Lampiran 2

Lampiran 3

LEMBAR PERMINTAAN MENJADI RESPONDEN

Kepada Yth.

Calon Responden Studi Kasus Mahasiswi Jurusan Kebidanan

STIKes Citra Husada Mandiri Kupang

Di Tempat

Dengan Hormat,

Saya mahasiswi kebidanan STIKes CHM-Kupang jalur umum angkatan VI mengadakan studi kasus pada Ny. Y.O.L, umur 27 tahun, dengan preeklamsia berat. Untuk maksud tersebut saya mohon kesediaan ibu bersama keluarga untuk menjawab setiap pertanyaan yang diajukan dan saya menjamin kerahasiaan pendapat dan identitas ibu. Partisipasi ibu dalam menjawab pertanyaan sangat saya hargai, untuk itu atas partisipasi dan kerja samanya saya ucapkan terimah kasih.

Hormat Saya,

(Alfonsa Donata Wona Dhema)

Lampiran 4

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Judul : Asuhan Kebidanan Pada Ny. Y.O.L Uk 37-38 Minggu,

Janin Tunggal Hidup, Intrauterin, Presentasi Kepala

Dengan Preeklampsia Berat Diruang Edelweis

Rsud. Prof. Dr. W.Z.Johannes Kupang

Peneliti: Alfonsa Donata Wona Dhema

Bahwa saya diminta berperan serta dalam studi kasus yang nantinya akan menjawab pertanyaan yang akan diajukan oleh peneliti. Sebelumnya saya sudah diberi penjelasan mengenai maksud studi kasus ini dan saya mengerti bahwa peneliti akan menjaga kerahasiaan diri saya. Bila saya merasa tidak nyaman, saya berhak mengundurkan diri sebagai responden.

Demikian secara sukarela dan tidak ada unsur paksaan dari siapapun untuk berperan serta dalam studi kasus ini dan bersedia menandatangani lembar persetujuan ini

Kupang, 9 Januari 2016

Responden

(Ny. Y.O.L)

Lampiran 5



**PEMERINTAH PROVINSI NUSA TENGGARA TIMUR
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PROF. DR. W. Z. JOHANNES KUPANG**

JL. DR. MOCH. HATTA NO. 19 KUPANG-NTT Telp (0380) 833614, Fax (0380) 832892

KUPANG

Kode Pos : 85111

SURAT PENGANTAR

Nomor : 679 / DIKLIT / VII / 2016

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Teresia Surat Bayo, S.Kep.Ners.
Jabatan : Kepala Sub Bidang Diklit
NIP/Pangkat Gol. : 19670615 199501 2 003 / Penata Tk. I (III-d).

Menerangkan bahwa :

Nama : Rofina Owa
Jenis Kelamin : Perempuan
NIM : 132 111 185
Asal Fak./Jur./Univ. : Stikes CHMK Prodi D3 Kebidanan.

Yang akan melaksanakan **Pengambilan Data dan Studi Kasus di Instalasi Rekam Medik, Ruang Triase dan Ruang Flamboyan RSUD Prof. DR. W. Z. Johannes Kupang**, selama satu (1) bulan, terhitung mulai tanggal **12 Juli s/d 12 Agustus 2016**.

Dengan judul :

" Asuhan Kebidanan Pada Ibu G3P2A0AH2 Uk. 38 Minggu Inpartu Kala II Lama (>24 Jam) Dengan Preeklampsia Berat + Ketuban Pecah Dini di Ruang Triase Kebidanan Tanggal 13-17 Januari 2016 RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang "

Demikian Surat Pengantar ini dibuat, atas kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Kupang, 12 Juli 2016
RSUD Prof. DR. W. Z. Johannes Kupang,
Kepala Sub Bidang Diklit


Teresia Surat Bayo, S.Kep.Ners

Penata TK.I

NIP. 196706151995012003

Lampiran 6



PEMERINTAH PROVINSI NUSA TENGGARA TIMUR
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PROF. DR. W. Z. JOHANNES KUPANG
JL. DR. MOCH. HATTA NO. 19 KUPANG-NTT Telp (0380) 833614. Fax (0380) 832892
KUPANG Kode Pos : 85111

SURAT KETERANGAN SELESAI STUDI KASUS

Nomor : RSUD / 070 / Um. 910 / IX / 2016

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Theresia Surat Bayo, S.Kep.Ners.
Jabatan : Kepala Sub Bidang Diklit
NIP/Pangkat Gol. : 1 9670615 199501 2003 / Penata Tk. I (III/d).

Menerangkan bahwa :

Nama : Rofina Owa
Jenis Kelamin : Perempuan
NIM : 132 111 185
Asal Instansi / univ. : STikes CHMK Prodi DS Kebidanan.

Benar-benar telah selesai melakukan Studi Kasus di Ruangan Flamboyan dan Triase Kebidanan RSUD Prof. DR. W. Z. Johannes Kupang, selama satu (1) minggu, terhitung dari tanggal 13 s/d 17 Januari 2016, dengan judul :

" Asuhan Kebidanan Pada Ibu G3P2AOAH2 UK 38 Minggu Inpartu Kala II Lama (> 24 Jam) dengan Preeklampsia Berat + Ketuban Pecah Dini di Ruang Triase Kebidanan RSUD Prof. Dr.W.Z. Johannes Kupang "

Demikian Surat Keterangan ini dibuat untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Kupang, 13 September 2016

RSUD Prof. DR. W. Z. Johannes Kupang
Kepala Sub Bidang Diklit



Theresia Surat Bayo
Theresia Surat Bayo, S.Kep.Ners.
Penata Tk. I
NIP. 19670615 199501 2003

Lampiran 7



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
CITRA HUSADA MANDIRI KUPANG
(STIKes CHM-K)

PROGRAM STUDI D III KEBIDANAN

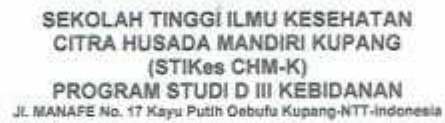
JL. MANAFE NO.17 Kayu Putih Oebufu Kupang-NTT-Indonesia

LEMBAR KONSULTASI STUDI KASUS

Nama mahasiswi : Rofina Owa
NIM : 132111185
Pembimbing I : Merry A. Giri, S.Keb., Bd

NO	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Saran Pembimbing	Paraf
1.	07/06/2016	Bab I	Revisi + penambahan materi Bab I	
2.	14/07/2016	Bab I	Revisi + penambahan data	
3.	15/07/2016	Bab I - V	Hilangkan materi tentang Pegallima normal	
4.	19/07/2016	Bab II konsep Asuhan	Revisi + penambahan materi konsep asuhan	
5.	22/07/2016	Bab II konsep Asuhan		
6.	23/07/2016	Bab V - VI	Revisi Bab VI	

7.	25/07/2016	Bab IV - V	Revisi Bab IV	
8.	26/07/2016	Bab IV - V	Revisi Bab IV Penambahan materi hasil pendak	
9.	30/07/2016	Bab IV	Revisi Bab IV Penambahan Materi Pembelajaran	
10.	01/08/2016	ACC		

[illegible]

LEMBAR OBSERVASI

MASUK KAMAR BERSALIN	Tgl	: 09-01-2016	Jam : 21.45 wita
ANAMNESE	His mulai tgl	: 11-01-2016	Jam : -
	Darah	: -	
	Lendir	: -	
	Ketuban pecah/ belum	: Belum	Jam : -
KEADAAN UMUM	Keluhan lain	: Tidak ada	
	Tensi	: 160/100 mmHg	
	Suhu/nadi	: 36,8°C/ 80 x/menit	
	Oedema	: Tidak ada	
	Lain –lain	: Tidak ada	
PEMERIKSAAN OBSTETRI	1. palpasi	: TFU 3 jari dibawah px (33 cm)	
	2. DJJ	: 150 x /menit	
	3. His 10 menit	: - X, lama - detik	
	4. VT.Tgl	: 11-01-2016	Jam : 20.00 wita
	5. Hasil	: V/V tidak ada kelainan, portio tebal, pembukaan seujung jari	
	6. Pemeriksaan	:	

OBSERVASI KALA 1 (Fase Laten Ø 4 cm)

Tanggal	Jam	His Dalam 10 Menit		DJJ	Tensi	Suhu	Nadi	Vt	Ket
		Berapa Kali	Lamanya						
12-01-2016	21.30	-	-	143 x/menit	170/110 mmHg	-	-	-	
	10.30	-	-	148 x/menit	160/100 mmHg	38,8°C	82 x/menit	Ø 1-2 cm	
	11.00	-	-	145 x/menit	-	-	-		
	11.15	-	-	148 x/menit	-	-	-		
	11.30	-	-	145 x/menit	-	-	-		
	11.45	-	-	146 x/menit	-	-	-		
	12.00	1 kali	15-20"	145 x/menit	130/80 mmHg	36,8°C	82 x/menit	-	
	12.15	1 kali	15-20"	146 x/menit	-	-	-		
	12.30	1 kali	15-20"	145 x/menit	-	-	-		
	12.45	1 kali	15-20"	147 x/menit	-	-	-		
	13.15	1 kali	15-20"	150 x/menit	-	-	-		
	13.45	1 kali	15-20"	154 x/menit	-	-	-		
	15.45	-	-	148 x/menit	-	-	-	Ø 2 cm	
	16.00	-	-	144 x/menit	-	-	-		
	16.30	-	-	150 x/menit	-	-	-		
	17.00	-	-	148 x/menit	-	-	-		
	17.30	-	-	142 x/menit	-	-	-		
	18.00	-	-	144 x/menit	150/100 mmHg	36,7°C	71 x/menit	-	
	19.00	-	-	150 x/menit	-	-	-		
	19.30	-	-	148 x/menit					

	20.00	-	-	150 x/menit					
	20.45	-	-	154 x/menit	150/90 mmHg			Ø 2 cm	
	21.10	-	-	134 x/menit					
	22.00	2 kali	15-20"	155 x/menit					
	23.05	-	-	157 x/menit	150/100 mmHg	36,7°C	90 x/menit	Ø 2 cm	
	00.00	-	-	160 x/menit					
13-01-2016	01.00	-	-	152 x/menit	-	-	-		
	02.00	-	-	156 x/menit					
	03.00	-	-	158 x/menit					
	04.00	-	-	158 x/menit	160/110 mmHg	37°C	90 x/menit	Ø 2 cm	
	05.00	-	-	157 x/menit	-	-	-		
	06.30	-	-	152 x/menit	-	-	-		
	07.00	-	-	135 x/menit	-	-	-		
	07.30	positif	-	153 x/menit	160/110 mmHg	37°C	86 x/menit		
	07.45	2 kali	15-20"	152 x/menit					
	08.00	2-3 kali	20-25"	130 x/menit					
	08.15	2-3 kali	20-25"	148 x/menit					
	08.30	3 kali	30-35"	148 x/menit					
	09.00	5 kali	55"	136 x/menit	170/100 mmHg	37°C	72 x/menit	Ø lengkap	